FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 73

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JUILLET 1893

PAR

Édouard-Paul BRUYÈRE

Né à Bordeaux (Gironde), le 12 novembre 1864.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COŸNE,	professeur,	*président,*
LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
AUCHÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 73

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JUILLET 1893

PAR

Édouard-Paul BRUYÈRE

Né à Bordeaux (Gironde), le 12 novembre 1864.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COŸNE,	professeur,	*président,*
LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	*juges.*
AUCHÉ,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
MERGET..... }
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR P. COŸNE

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

DU CORPS DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION. — MÉTHODE EMPLOYÉE

Lorsque sur les conseils de M. le professeur agrégé A. Boursier, nous nous décidâmes à faire de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus le sujet de notre thèse inaugurale, nous ne dissimulerons pas que notre embarras fut grand. La question, envisagée comme peut le faire un simple élève, nous paraissait avoir été étudiée de si près, et si complètement par nos devanciers, qu'il n'y avait plus rien pour le moment à produire d'original, rien d'intéressant à mettre en lumière. Plusieurs thèses sur le sujet avaient déjà précédé la nôtre, et toutes avaient de la valeur. Il ne nous restait même plus l'historique, qui avait été fait de façon précise dans deux d'entre elles.

Cependant, après réflexion, nous vîmes qu'il existait encore un moyen de faire un travail utile : c'était de mettre à jour la

question, sans parti pris, et en se basant sur des données statistiques étendues.

La thèse de Pichot (Paris, 1876), la première en date, avait traité le sujet en y comprenant des cas de tumeurs qui ne sont pas de l'épithélioma; et, de plus, l'évolution des idées depuis 1876 a apporté de nombreux changements dans la façon d'envisager l'affection.

Mlle Coutzarida (Thèse de Paris, 1884) étudia un point très limité de la question, et voulut montrer qu'un écoulement séreux abondant, l'hydrorrhée, précède tous les symptômes. Nous verrons plus tard que la valeur de cette hydrorrhée, au point de vue séméiologique, sans être nulle, est bien moins grande qu'elle n'a voulu le dire, et que malgré son affirmation cet écoulement ne se montre pas toujours.

Bisch, dont la thèse remarquable a été soutenue à Lyon en 1891, a cependant, ainsi que les *Nouvelles Annales de gynécologie* de Doléris le lui ont reproché, été lui aussi un peu trop partial. Il a voulu prouver que les symptômes cliniques et en particulier l'hémorrhagie pouvaient toujours suffire à assurer la précocité et l'exactitude du diagnostic, et qu'il fallait peu se fier au microscope dont les indications étaient souvent erronées. Cela est vrai dans quelques cas, mais non dans tous, et bien qu'il n'ait rapporté que des observations débutant par un écoulement sanguin, il en existe cependant d'autres, nous le verrons, dans lesquelles l'hémorrhagie ne s'est jamais produite.

Seule, la thèse de Valat est faite sans idée préconçue (Paris, 1888). Valat a réuni 34 observations, et a construit un excellent travail sur ces 34 cas. Mais une statistique n'a vraiment de poids que lorsqu'elle est basée sur un nombre plus considérable de faits.

Nous avons recherché dans la littérature médicale toutes les

observations bien nettes d'épithélioma primitif du corps utérin, éparses et non rapportées dans les thèses précédentes. Nous en avons trouvé une cinquantaine dont nous avons réuni les plus intéressantes à la fin de ce travail (1). En les joignant aux 34 de Valat, aux 18 nouvelles apportées par Bisch, et aux plus nettes de celles publiées par Pichot et par Mlle Coutzarida, nous sommes arrivé à un total de plus de 110 observations complètes. Nous avons alors dressé des tableaux, aussi détaillés que possible, dans lesquels nous faisions entrer et réunissions dans les mêmes colonnes les faits analogues. Nous avons obtenu ce résultat, fort heureux pour l'originalité de notre travail : c'est qu'il se dégageait de ces tableaux, non seulement des corrections notables à apporter dans les idées admises jusqu'à ce jour, mais aussi des relations nouvelles, des groupements de symptômes donnant à l'affection un caractère spécial.

Or, comme nos calculs ont été basés sur un nombre suffisant de cas, comme nous avons fait une véritable synthèse des observations publiées par les auteurs à un point de vue limité, comme nous nous sommes toujours laissé guider par nos chiffres, n'ayant jamais de préférence pour l'une plutôt que pour une autre des opinions émises déjà, nous croyons avoir fait, ce sera son seul mérite, un travail absolument impartial. Des statistiques plus étendues approcheront encore davantage de la vérité et donneront de nouveaux résultats, probablement différents des nôtres; mais nous croyons avoir pris la seule route qu'il nous restait pour arriver au but que nous cherchions à atteindre : mettre la question au point.

C'est donc une étude générale, un chapitre de pathologie clinique que nous avons essayé de faire, heureux si nos juges ne le trouvent pas trop indigne de la Faculté dans laquelle nous

(1) Les autres sont citées avec leur source à l'index bibliographique.

avons écouté pendant plusieurs années tant de savantes leçons. Tous nos maîtres ont droit à notre vive reconnaissance, mais nous ne voulons pas entrer en matière sans songer un peu à ceux que nous avons approchés de plus près.

Nous pensons ainsi à M. le Dr Dubourg, chirurgien des hôpitaux, à M. le professeur agrégé Pousson, dans le service desquels nous avons accompli une partie de notre stage hospitalier : près d'eux, nous avons passé des heures que nous ne retrouverons plus.

Nous pensons à M. le professeur agrégé Auché, qui nous a si amicalement aidé dans nos recherches microscopiques.

Nous remercions MM. les professeurs de clinique chirurgicale Demons et Lanelongue de leurs magistrales leçons et de l'obligeance qu'ils ont eue en nous permettant d'user des observations prises dans leurs salles. Mais il est deux de nos maîtres pour lesquels toutes les formules de remerciement sont insuffisantes : M. le Dr Coyne, professeur d'anatomie pathologique, et M. le professeur agrégé A. Boursier.

M. le Dr Coyne nous a donné libre accès dans ses laboratoires pour y travailler certains points de cette thèse, il a bien voulu nous témoigner un intérêt dont nous sommes confus, il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider la soutenance de ce travail : nous ne pouvons que l'assurer de notre respectueuse et profonde gratitude et du soin que nous aurons à suivre plus tard ses excellents conseils.

C'est sous les ordres de M. le Dr A. Boursier que nous avons fait notre apprentissage au lit du malade, c'est lui notre premier maître et c'est lui qui nous a donné le sujet du travail qui termine notre scolarité. Pendant que nous le faisions il nous a prodigué les conseils, éclairé la marche à suivre, montré les points qui lui paraissaient faibles, facilité notre tâche. Dans certaines soirées qu'il consentait à perdre pour écouter la

lecture de nos chapitres, il nous donnait l'illusion qu'il nous traitait moins en élève que presque en ami. Tout cela nous a profondément touché, et nous ne pourrons jamais assez lui prouver, si l'occasion s'en présente, notre reconnaissance et notre affection.

La planche qui accompagne cette thèse est une reproduction phototypique d'un cliché photographique pris par nous-même et à l'échelle exacte, sur l'utérus enlevé par M. A. Boursier à la femme qui fait le sujet de notre première observation inédite. Cette phototypie sort des presses de MM. Panajou frères; nous les remercions du soin qu'ils ont apporté dans l'exécution de ce travail et nous les félicitons du beau résultat qu'ils ont obtenu.

CHAPITRE Ier

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

CHAPITRE Ier

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Fréquence. — Le cancer primitif du corps de l'utérus était, il y a peu de temps encore, regardé comme une rareté pathologique. Ce n'est en effet qu'en 1874 que fut écrit pour la première fois par Simpson (1) un chapitre spécialement affecté à cette localisation du néoplasme. Jusque-là les auteurs regardaient invariablement le col utérin comme le siège unique du cancer de cet organe. Si le corps était quelquefois envahi, ce n'était jamais que d'une façon secondaire, par propagation ou par greffe de végétations épithéliales, ayant eu sur le col leur noyau de début (Nélaton).

Aujourd'hui il n'en est plus de même, et le cancer primitif du corps de l'utérus forme une entité morbide bien distincte, complètement admise, qui peut, il est vrai, envahir ensuite l'organe dans sa totalité, mais qui aussi, et plus souvent encore peut-être, se limite au segment supérieur, détruit ses parois, et atteint le péritoine alors que le col reste sain aussi bien dans son aspect macroscopique que dans sa structure intime.

Si les observations signalant des cas inédits de cette affection deviennent de plus en plus fréquentes, ce n'est en effet qu'une conséquence de l'emploi raisonné du curettage et du microscope pour étayer un diagnostic incertain. Nous verrons, aux chapitres de l'anatomie pathologique et du diagnostic, que s'il

(1) Simpson. Clinique obstétricale et gynécologique, 1874.

y a quelquefois des doutes que l'examen le plus minutieux ne peut dissiper, il n'en demeure pas moins certain que cet instrument est l'aide le plus sûr et devrait être plus souvent utilisé qu'il ne l'est encore.

De nos jours le cancer primitif du corps n'est donc plus nié par personne, mais il est loin d'occuper la place à laquelle il a droit comme degré de fréquence dans la plupart des auteurs. On le considère encore comme peu répandu, et Kœberlé (de Strasbourg) (1) dit même qu'il est extrêmement rare. D'après Schrœder (2), il y aurait environ trois ou quatre cancers de la muqueuse du corps contre cent du col de l'utérus. Pichot (3), dans sa thèse, porte à 6 pour 100 cette proportion, et Bisch (4) la croit exagérée, car, dit-il, le pourcentage de Pichot a été donné dix ans avant celui de Schrœder qui a dû voir un bien plus grand nombre de cancers du corps, encore bien rares en 1876. Quant à lui, il ne donne personnellement aucun chiffre. Cependant, et plus près de nous, Gill Wylee (5) va plus loin encore que Pichot, et il estime à 10 p. 100 le nombre des cancers primitifs du corps comparés à ceux du col.

Pensant qu'une évaluation ne peut approcher de la vérité que lorsqu'elle est appuyée par des chiffres et que de nos jours seulement le diagnostic tendait à la précision, nous avons réuni un certain nombre de statistiques parues dans ces cinq dernières années et dans lesquelles les deux sièges de la lésion étaient nettement indiqués.

C'est ainsi que nous avons vu que Gusserow ayant pratiqué

---

(1) *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1886, p. 137.

(2) Schrœder. Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

(3) Pichot. Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. Thèse de Paris, 1876.

(4) Bisch. Du cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Lyon, 1891.

(5) Gill Wylee, *American Journ. of obstetric*, 1890, janvier.

67 fois l'hystérectomie vaginale pour cancer, avait trouvé le néoplasme 12 fois localisé dans le corps et 55 fois dans le col.

Rubesca (de Prague), dans un tableau rapporté par Jacobs fils (1), donne 28 cas de cancer dont 5 siègent sur le corps et 23 sur le col.

Sanger (de Leipzig) (2), sur 17 opérations, a trouvé 5 fois l'épithélioma limité au corps et 12 fois au col de l'utérus.

Boldt (3), dans un travail publié en 1892, et fait d'après 44 observations précises, cite 9 cas de cancer du corps et 35 de cancer du col.

Routier (4) dit à la Société de Chirurgie, en 1891, avoir opéré 21 femmes atteintes de tumeur maligne siégeant 4 fois dans le corps et 17 fois sur le col.

Segond (5), à la séance suivante, donne dans sa statistique opératoire qui comprend 33 cas, 8 épithéliomas du corps contre 25 du col.

Kaltenbach a 53 cancers opérés et rapporte les chiffres suivants : corps, 7; col, 46.

Emmet (6), dans son Traité, dit qu'il a trouvé, sur un total de 53 cas, 32 fois le col comme siège de la tumeur et 13 fois le corps. Dans les 8 autres cas, la dégénérescence maligne qui semblait avoir pris naissance dans le corps s'étendait aussi au col; mais éliminant soigneusement tout ce qui n'est pas d'une netteté absolue, nous ne comprenons pas ces 8 derniers cas dans notre calcul.

Emmet dit encore qu'au Woman's Hospital, où les cas de

---

(1) *Journal de médecine de Bruxelles*, Mémoires, 1889, p. 141.

(2) Sanger. Cité par Jacobs fils, in *Journal de médecine de Bruxelles*, 1889.

(3) Boldt. *American J. of Obstetric*, 1892, II, p. 540.

(4) Routier. Société de chirurgie, 18 novembre 1891.

(5) Segond. Société de chirurgie, 25 novembre 1891.

(6) Emmet. La pratique des maladies des femmes, traduction 1887.

sarcome, il est vrai, ont été compris, on a trouvé que la maladie siégeait sur le corps de l'utérus dans 10 cas, qu'elle était limitée au col dans 27 cas, et dans 23 cas, dont également nous ne tiendrons pas compte, le corps et le col étaient atteints.

Enfin Olshausen (1), de Berlin, donne le rapport de 4 à 37 comme fréquence du cancer du corps en comparaison de celui du col; et A. Martin (de Berlin) dit avoir pratiqué 41 fois l'hystérectomie vaginale de 1880 à 1887, et avoir trouvé 28 cancers du col et 12 cancers bien limités à la cavité utérine; et il fait remarquer cette proportion énorme.

Il ressort des chiffres que nous venons de donner que le début de l'affection par la muqueuse du col est certainement plus fréquent que le début dans la cavité corporéale; mais que toutefois ce dernier représente sur le nombre total des cas une quantité que les auteurs, même les plus généreux, sont bien loin de lui accorder. Il y a eu en tout comme hystérectomies ou curetages, 427 opérations pratiquées, chiffre suffisant pour pouvoir en tirer des déductions acceptables. Or, tandis que le col utérin était le siège de début dans 337 cas, la lésion se trouvait limitée au corps seul dans les 90 autres observations. Cela donne la proportion considérable de 26,7 p. 100, comme relation de fréquence entre les deux segments de l'organe, c'est-à-dire plus d'un cas sur quatre.

Il nous sera permis de faire remarquer en passant, sans y attacher d'ailleurs beaucoup d'importance, car il nous est impossible d'en comprendre la raison, combien cette proportion relative est différente suivant la nationalité des auteurs que nous avons cités. Elle est, en effet, de 22,8 p. 100 chez les chirurgiens anglais et américains, elle monte à 28,5 p. 100 en France et arrive jusqu'à 34 p. 100 en Allemagne.

---

(1) *Semaine médicale*, 1892, p. 245.

Ces nombres, qui contrastent étrangement avec ceux que l'on est habitué à trouver dans tous les auteurs classiques, ont cependant, nous semble-t-il, des raisons sérieuses pour être exacts. Ils ont été donnés non pas pour en tirer la particularité que nous cherchons à mettre en lumière, mais comme renseignement accessoire, au cours de communications portant surtout sur le résultat opératoire d'hystérectomies vaginales. Ils viennent de sources variées, sont de dates diverses et ont été rapportés par des chirurgiens dont le nom suffit à écarter tous les doutes qui pourraient naître au sujet de l'exactitude ou de la sincérité du diagnostic.

Il nous a été d'ailleurs possible d'en faire pour ainsi dire la preuve, grâce au livre d'observations de la Clinique annexe des maladies des femmes dont est chargé, à notre Faculté, M. le professeur agrégé A. Boursier et qu'il a bien voulu mettre à notre disposition. Il nous prévint que certains diagnostics pouvaient être erronés, malgré tout le soin qu'il avait apporté à les faire, car l'examen microscopique de débris obtenus par le curetage n'avait pu être pratiqué. Les femmes avaient été envoyées dans les salles de clinique de l'hôpital et perdues de vue; ou bien, averties de la nécessité d'une opération, s'y étaient absolument refusées et n'avaient plus reparu. Ce n'était plus ainsi qu'une probabilité et il n'osait accepter une proportion qui lui semblait exagérée.

En effet, depuis la création de ce service de clinique, il y a trois ans, et sur les 795 femmes qui s'y sont présentées jusqu'au mois de juin de cette année, le diagnostic de cancer de l'utérus a été porté 33 fois : 24 fois pour le col et 9 fois pour un néoplasme limité au corps. En établissant un pourcentage sur ces deux nombres, nous arrivons à la proportion de 27,6 p. 100, c'est-à-dire égale, à moins d'une unité près, à celle qui représente pour la France la fréquence du cancer du corps comparée

à celle du cancer du col. Ce résultat prouvait uniquement que notre cher maître doutait trop de lui-même.

En résumé, « le cancer de l'utérus étant le plus commun des cancers observés chez la femme (1), puisque, d'après Schrœder, il constitue un tiers du nombre total des cas », l'épithélioma limité au corps seul de l'organe est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit à notre époque, car sur 100 femmes atteintes de tumeurs malignes localisées à un organe quelconque, on le trouve près de 9 fois (8,9). C'est donc une affection à laquelle on doit penser dans tous les cas de diagnostic incertain.

C'est devenu une banalité, et malheureusement jusqu'à aujourd'hui il ne peut en être autrement, que de commencer le chapitre de l'étiologie des tumeurs cancéreuses par l'aveu de notre ignorance sur leur cause essentielle. Il y a quelques années, on avait eu un instant l'espoir de sortir de cette incertitude. Verneuil écrivait : « Le rôle que jouent les microbes dans un grand nombre de maladies locales ou générales a fait naître l'idée qu'ils pourraient intervenir dans l'étiologie ou la pathogénie des néoplasmes en général et du cancer en particulier », et cette hypothèse sembla avoir un commencement de confirmation dans la communication que fit à Berlin Scheurlen (2), en disant avoir isolé et cultivé la bactérie du cancer. On fit alors à ce moment une grande quantité de travaux et d'expériences. Rappin (3), de Nantes, défendit dans une thèse cette origine microbienne du cancer; Domingos Freire la regarda comme certaine; Schill (4), Francke (5) en Allemagne,

---

(1) Bouilly. Manuel de pathologie externe, t. IV, p. 381 (édition de 1886).

(2) Scheurlen. Société de médecine de Berlin, 1887.

(3) Rappin. Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes, 1887.

(4) Schill. Soc. de méd. de Berlin, 1887.

(5) Francke. *Münch. med. Wochens.*, 1888.

Ballance et Shattock (1) en Angleterre, Nepveu (2) en France restèrent indécis; Baumgarten et Rosenthal insistèrent sur l'analogie du bacille de Scheurlen avec un parasite de la pomme de terre; enfin, Senger (3), n'ayant eu aucun succès dans ses cultures, nia totalement l'origine infectieuse de l'affection, et Monod conseilla d'abandonner cette hypothèse. La coccidie du cancer ne se releva pas de tant d'attaques, les communications à son sujet devinrent de plus en plus rares, et le silence se fit. Mais bien qu'on n'ait pu découvrir ce microbe, l'idée de la possibilité de son existence est cependant restée, car les causes le plus souvent invoquées comme créant une prédisposition au cancer sont justement celles qui font de l'organe un lieu de moindre résistance, de moindre défense.

Ces causes prédisposantes sont donc les seules qui soient notées dans les Traités classiques ou dans les thèses qui ont précédé celle-ci, mais certaines d'entre elles, la grossesse par exemple, étant encore très discutées, nous ne rapporterons que des données statistiques, car lorsque cette méthode est basée sur un nombre de cas suffisants et qu'elle est employée sans partis pris, elle nous paraît être celle qui approche le plus de la vérité. En outre, elle nous permettra, sans que notre responsabilité soit trop engagée, d'avancer quelques conclusions qui diffèrent notablement de celles qui sont aujourd'hui admises.

A. Causes générales.

Parmi les causes d'origine générale prédisposant au cancer, quelques-unes sont encore si peu connues et ne se rencontrent que si rarement notées dans les observations de tumeur mali-

(1) Shattock. *British med. Journal*, 1887.

(2) Nepveu. *Bulletin de l'Académie des sciences*, 1888.

(3) *Berliner Klin. Wochens.*, 1888.

gne intra-utérine, que nous sommes obligé de les passer sous silence. Telles sont les influences capables de déprimer le système nerveux : chagrins, émotions tristes, etc.; l'influence du régime et de la situation sociale des malades, l'influence de la race; ainsi que celle des rapports sexuels comme cause d'origine locale.

D'autres, qui semblent plus nettes, sont l'hérédité et la constitution, et surtout l'âge.

1° *Hérédité et constitution.* — Ces deux premiers facteurs tendent, nous semble-t-il, à occuper une place importante dans l'étiologie des affections cancéreuses. Non pas que le germe spécifique du cancer soit transmis par les parents, mais tout au moins une prédisposition spéciale aux néoplasmes. Malheureusement il en est fait bien rarement mention dans les nombreuses observations que nous avons pu réunir, et concernant spécialement le sujet qui nous occupe. Dans douze seulement, en effet, l'hérédité n'a pas été négligée et cinq d'entre elles (1) la notent comme n'offrant rien à signaler. Les sept autres sont plus intéressantes à ce point de vue. Quatre fois on y trouve évidente l'hérédité cancéreuse directe.

Dans une de ces observations (2), le père et la mère étaient morts de maladie inconnue, mais les trois filles étaient atteintes d'affections utérines. Celle qui faisait l'objet de l'observation avait un cancer du corps, une de ses sœurs était morte à 59 ans de la même affection, et la seconde avait un corps fibreux.

Une autre, rapportée par Bisch (3), donne l'histoire d'une dame opérée par Coë, et dont la grand'mère et la tante étaient mortes de cancer utérin.

---

(1) Observations I de cette thèse, et IV, V, XXVII et XXXIV de la thèse de Valat.

(2) Thèse de Valat, observ. XXIX.

(3) Thèse de Bisch, observ. XVII.

On trouvera les deux derniers cas à la fin de ce travail. Dans l'un (obs. XXVII), le père de la malade était mort d'un cancer du foie, et dans l'autre (obs. XXIX), la mère succomba très probablement, d'après M. Pozzi, à un cancer de l'utérus.

Influence diathésique. — Encore plus rares sont les observations qui font mention de l'hérédité constitutionnelle et familiale, puisque nous n'en avons rencontré que trois. Une fois (obs. XXV), la malade était nettement de souche arthritique; la seconde, citée par Th. Landau (1), de Berlin, se rapporte à une femme atteinte de diabète et, par conséquent arthritique elle-même, qui avait un épithélioma du corps de l'utérus. L'opération fut faite, et, bien qu'on eût institué le traitement anti-diabétique depuis six mois et que l'urine ne présentât plus de traces de sucre, la malade mourut dans le coma vingt-quatre heures après l'opération.

Quant à la troisième malade, c'est elle qui fait le sujet de l'observation inédite que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Dr A. Boursier et qui est la première de celles que nous rapportons. M. le Dr Lugeol, qui connaissait la famille, nous a déclaré que tous ses membres étaient des arthritiques avérés. La malade, issue de parents rhumatisants, l'était elle-même depuis sa jeunesse et ses deux fils avaient eu, très jeunes aussi, des attaques de rhumatisme articulaire.

L'arthritisme paraît, en effet, étant « un des processus qui amènent une déviation dans les phénomènes nutritifs des éléments anatomiques et des tissus » (2), favoriser beaucoup le développement du cancer. Cette opinion, nous l'avons un jour personnellement entendu défendre par M. le professeur Verneuil, qui la donnait comme un résultat de sa grande prati-

(1) Th. Landau, *Centralbl. für gynakol.*, 1889, nº 37.

(2) Quénu. Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, I, p. 396.

que; elle a fait le sujet de la thèse d'un de ses élèves (1); nous la croyons absolument vraie, et nous sommes persuadé que si les auteurs des observations d'après lesquelles nous avons fait ce travail avaient plus souvent tenu compte de la constitution familiale, nous aurions pu avec clarté établir le rapprochement de l'arthritisme et du cancer utérin.

Il ne rentre peut-être pas dans le cadre de cette étude de chercher comment peut s'expliquer cette influence de l'arthritisme : cela appartient plutôt à la pathologie générale. Toutefois il n'est pas inutile de rappeler que M. Verneuil, reprenant les travaux de Bazin (2), de Hardy (3) montra les relations de l'arthritisme non seulement avec le cancer, mais encore avec tous les néoplasmes, et décrivit une diathèse néoplasique dérivant de la diathèse arthritique. M. le Dr Ricard exposa et développa dans sa thèse de 1885 les idées de M. Verneuil, et à l'aide de nombreuses observations il chercha à établir définitivement l'existence d'une diathèse néoplasique, fille de l'arthritisme.

Tous ces faits sont vrais, mais comme le dit dans son Traité notre cher maître, M. le professeur Coyne (4), ils peuvent être interprétés autrement. Pourquoi créer ainsi une diathèse spéciale, engendrant spontanément, pour ainsi dire, des néoplasmes divers? Le cancer, puisque c'est lui qui nous occupe, a toutes les apparences possibles d'être causé par un microorganisme particulier. Il a toutes les allures d'une maladie microbienne : d'ici à quelques jours peut-être le doute n'existera plus. Admettons pour un instant la réalité de ce germe morbide, et nous verrons aussitôt qu'il n'est point besoin de créer une diathèse et qu'il suffit de dire : l'arthritique est pré-

(1) Isch-Wal. Arthritisme et cancer. Thèse de Paris, 1891.

(2) Bazin. Leçons sur les affections cutanées. Paris, 1860.

(3) Hardy. Leçons sur les maladies dartreuses. Paris, 1858 et Dict. Jaccoud.

(4) P. Coyne. Traité élémentaire d'anatomie pathologique, 1893, p. 119.

disposé aux néoplasmes malins, parce qu'il offre à l'agent infectieux un milieu intérieur favorable, un terrain de culture excellent, causé par des réactions chimiques intimes, se passant à l'intérieur de ses tissus, et qui sont justement celles qui conviennent à l'existence de cet agent. Cette opinion de notre maître est plus simple, plus probable, plus en rapport avec ce que l'on sait déjà en microbiologie, et nous sommes tout porté à la croire la plus exacte.

2° *Age.* — Si l'âge est en effet la cause prédisposante générale la mieux connue, la raison en est que ce renseignement est toujours relaté dans les observations même incomplètes. On peut ainsi dresser facilement des tableaux qui parlent d'eux mêmes.

Le cancer de l'utérus, quand il se localise dans le corps, ne se déclare qu'à un âge plus avancé lorsqu'il a le col pour siège. On l'a appelé le cancer des vieilles, on a dit qu'il se montrait toujours longtemps après la ménopause. Pozzi (1) donne 54 ans comme âge moyen de son apparition, partageant ainsi l'opinion de la plupart des auteurs qui, se basant sur les statistiques de Schrœder (2), de Gusserow, de Pichot (3) et de Valat (4), lui assignent comme époque de maximum de fréquence, la période décennale allant de 51 à 60 ans.

Nous avons le regret de voir encore ici, comme précédemment pour la fréquence, comme dans un instant pour la grossesse, nos chiffres en désaccord avec les statistiques qui viennent d'être citées. Il nous semble tout d'abord qu'une erreur s'est glissée dans toutes celles dont il nous a été possible d'étudier la construction : on a noté comme âge d'apparition de la

(1) Pozzi. Traité de gynécologie, 1890, p. 428.

(2) Schrœder. Mal. des org. génitaux de la femme, 1886.

(3) Pichot. De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1876.

(4) Valat. Thèse Paris, 1888.

maladie celui que les malades avaient déclaré au moment où elles se montraient à un médecin, ou bien celui auquel une opération avait été faite, et même dans quelques cas l'âge de la mort en pleine cachexie. Il nous a paru plus long, mais à coup sûr beaucoup plus rationnel, de faire pour toutes les observations dans lesquelles la durée des symptômes morbides antérieurs était indiquée, le calcul simple qui donnait l'âge de leur première apparition.

Un exemple traduira mieux notre pensée :

Voici une femme (obs. XV) de 44 ans qui est amenée à l'hôpital de Trieste. Elle a depuis deux ans des hémorrhagies répétées, puis est survenu un écoulement roussâtre, fétide, accompagné de vives douleurs, c'est-à-dire, par conséquent, les symptômes caractéristiques du cancer. N'est-ce point là un cas, cité entre bien d'autres analogues, où il est évident que l'apparition du néoplasme a eu lieu non pas à 44 ans, âge de l'entrée à l'hôpital, mais à 42 ans, âge de début des hémorrhagies?

Il n'est pas toujours facile, il est vrai, de préciser aussi exactement à quel moment a commencé la dégénérescence maligne. Tant qu'il ne s'agit que d'un ou deux ans, quand ce n'est pas seulement de quelques mois qu'il faut rajeunir la malade, on n'éprouve guère d'hésitation; le cancer du corps de l'utérus, en général, a une marche assez lente pour expliquer ces délais. Mais lorsque le premier symptôme semble remonter à plusieurs années, 5 ans (obs. XXVI de Valat et obs. XVIII de Bisch), 7 ans même (obs. XVI de cette thèse), surtout si ce sont des pertes sanguines et malgré la présence de l'écoulement fétide, on n'ose plus, car l'utérus pouvait alors être atteint de métrite glandulaire hémorrhagique et non encore de cancer. A quelle date s'est faite la transformation? Il est impossible de le savoir et, dans l'incertitude, nous

n'aurions pas tenu compte, dans nos calculs, de ces cas fort rares d'ailleurs, si nous n'avions pas vu que les auteurs, pour établir la durée moyenne de la maladie, avaient suivi le même plan que nous et n'avaient pas hésité, dans certaines observations, à remonter à plusieurs années en arrière. Même dans le cas d'une métrite préexistante, on ne peut affirmer que le cancer n'ait point tiré d'elle son origine et que son début réel ne coïncide pas en quelque sorte avec le début de cette métrite. Le cancer est d'ailleurs une de ces affections auxquelles il vaut toujours mieux penser trop tôt que trop tard.

L'âge moyen du début du cancer du corps utérin, dans 74 observations où la date du premier symptôme est mentionnée, est de *quarante-huit ans et cinq mois*.

L'âge moyen des malades, à la date où elles allèrent consulter un médecin, est, d'après 98 observations, de cinquante et un ans et sept mois.

La fréquence d'apparition du premier symptôme par rapport à l'âge de la femme se répartit ainsi :

De 25 à 30 ans	2	cas.
» 30 » 35 »	1	»
» 35 » 40 »	9	»
» 40 » 45 »	14	»
» 45 » 50 »	16	»
» 50 » 55 »	7	»
» 55 » 60 »	11	»
» 60 » 65 »	12	»
» 65 » 70 »	1	»
» 70 » 75 »	1	»
Total....	74	cas.

D'où il résulte que le cancer du corps de l'utérus est fort rare avant 35 ans, que le nombre des cas augmente ensuite

pour atteindre son maximum entre 40 et 50 ans et surtout entre 45 et 50, qu'il se maintient élevé, mais moins cependant, jusqu'à 65 ans et qu'après cet âge il est exceptionnel de voir l'affection se produire.

Il n'est donc pas exact de le nommer le cancer des vieilles, et il serait plus juste de l'appeler le cancer de la ménopause, car on le voit se développer surtout à cette période de la vie génitale. Tantôt les premiers symptômes se confondent avec elle et même la précèdent assez souvent, tantôt ils ne se révèlent que longtemps après il est vrai, mais le rapprochement entre leur date d'apparition et la ménopause se retrouve avec évidence, car si l'âge moyen de début de l'affection est comme nous l'avons vu de 48 ans et 5 mois, l'âge moyen de la cessation des règles, dans les observations où il a été recueilli, est de 48 ans et 4 mois.

B. Causes locales.

Les causes prédisposantes au cancer d'origine locale ont été formulées très exactement par M. le Dr Quénu (1) de la façon suivante :

« 1° Tout changement apporté soit à la situation, soit à la » structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe, y » crée une prédisposition au néoplasme.

» 2° Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial » favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ » d'un épithéliome ».

Il faut en outre signaler les traumatismes qui ne peuvent rentrer dans aucune de ces deux lois et qui sont cependant pour tous les auteurs une cause déterminante locale incontestée.

---

(1) *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 1890, I, p. 398.

Nous allons essayer de montrer que tous ces facteurs tiennent une place importante dans la genèse du cancer primitif du corps de l'utérus.

Le traumatisme s'y retrouve sous un aspect spécial, la période terminale de la grossesse, qu'elle consiste en un accouchement normal ou un avortement. Quant aux rapports sexuels, leur influence est trop douteuse, la question trop délicate à apprécier pour que nous en parlions. Ce sont là des faits que la discrétion professionnelle force à éliminer des observations détaillées et dans lesquelles on peut reconnaître la malade. Mais nous ne pouvons cependant passer sous silence deux cas, de cancer du col il est vrai, arrivant chez des femmes de 32 et de 38 ans, sans aucune hérédité, et dont la cause évidente parut à notre excellent maître, M. le professeur Coyne, qui avait pu par hasard avoir quelques détails intimes, être sans aucun doute la fréquence trop grande des rapports, alors qu'il y avait disproportion considérable entre les organes des époux.

La grossesse est une des causes sur lesquelles les auteurs sont le moins d'accord. Tandis qu'il est admis par tous que le cancer du col est beaucoup plus fréquent chez les multipares, la plupart des Traités disent qu'on trouve surtout le cancer du corps chez les femmes stériles. Schrœder (1) est de cet avis ; Martin (de Berlin) (2) dit : « On le rencontre évoluant sur un » sol cliniquement sain en apparence, chez des femmes qui ont » traversé la période d'involution sénile sans présenter le » moindre accident et qui, sans cause connue, recommencent » à avoir « leurs sangs ». Cette particularité explique quelque » peu pourquoi le carcinome du corps survient relativement

(1) Schrœder. Maladies des organes génitaux de la femme. Traduit par Lauvers, 1890.
(2) Martin. Traité clinique des mal. des femmes. Traduction de 1889, p. 382.

» plus souvent chez les nullipares que chez les femmes qui ont » enfanté ».

Hofmeier dit au Congrès allemand de Gynécologie de 1891 (1) que les néoplasmes du corps se voient surtout chez des vierges, des nullipares et rarement chez des femmes ayant eu des enfants. Et sur les 5 cas récents qu'il cite, les ayant observés lui-même, il y a cependant deux nullipares, deux multipares, et une femme qui avait fait une fausse couche, ce qui semble en désaccord avec son assertion.

Ruge et Veit (2) ont trouvé que dans plus de la moitié de leurs observations il s'agissait de nullipares: et Veit insiste sur cette proportion en montrant à la Société obstétricale de Berlin, le 26 mars 1886 (3), un utérus cancéreux vierge. Pozzi (4) lui aussi partage cette idée.

D'autres auteurs sont d'avis entièrement opposé.

Boldt (5), sur 9 cas de cancer du corps, n'a que des multipares. Emmet (6) n'a jamais rencontré une forme quelconque de cancer épithélial de l'utérus chez une jeune femme qui n'a pas eu d'enfants et il croit que l'affection apparaît à la suite de l'effort fait par la nature pour réparer une lésion qui s'est produite pendant l'accouchement, ou pour en faire disparaître les conséquences. C'est cette opinion qu'on retrouve d'ailleurs dans la plupart des chirurgiens anglais qui considèrent comme prédisposées aux néoplasmes utérins, quel que soit leur siège, les femmes qui, suivant leur expression, ont été souvent « imprégnées ».

---

(1) Séance du 21 mai 1891.

(2) Ruge et Veit. Mémoire sur le cancer du corps de l'utérus, 1882.

(3) Veit. *Centralb. für Gynakol.*, nº 18, 1886.

(4) Pozzi. Traité de Gynécologie.

(5) Boldt. Cité par Jacobs fils de Bruxelles, *loc. cit.*

(6) Emmet. *Loc. cit.*

Nous croyons que c'est en effet de ce côté qu'est la vérité. Dans 65 observations, la fécondité de la femme a été relatée soit positivement, soit négativement.

Or, sur ces 65 cas, nous trouvons au total 7 vierges, 15 femmes mariées mais nullipares et 43 femmes fécondes. C'est-à-dire que sur 100 cas, il y en a plus de 66 qui se rapportent à des femmes ayant eu des enfants ou ayant fait des fausses couches.

Il nous a paru intéressant de voir quel était le degré de fécondité de ces 43 femmes, car certains auteurs, sans aller plus loin qu'Hofmeier, disent qu'on ne trouve le cancer du corps que chez des femmes ayant eu peu d'enfants. Dans notre cas nous sommes arrivé, en réunissant enfants vivants et fausses couches, au nombre considérable de 197, ce qui fait en moyenne 4 grossesses 1/2 pour chacune de ces femmes. L'opinion des chirurgiens anglais nous paraît donc la plus exacte : l'affection pour le corps de l'utérus, de même que pour le col, naît surtout chez les grandes multipares.

Comment agit donc la grossesse pour causer une telle fréquence? Est-ce comme simple traumatisme en modifiant ultérieurement la nutrition des tissus? Cela est possible. Est-ce une infection qui, venant envahir la muqueuse, agit sur elle par l'inflammation qu'elle y crée et la prédispose au cancer? Cela se peut également, mais est difficile à prouver, car les accouchements se sont faits en général avec facilité et les suites de couches ont été régulières. Il doit y avoir certainement d'autres raisons et parmi celles ci il en est une que nous croyons être le premier à signaler et qui nous paraît devoir être mise au nombre des plus importantes. *C'est la dégénérescence maligne, soit d'un fragment de placenta resté adhérent à l'utérus après l'accouchement, soit plutôt encore de la cicatrice même du point d'implantation du placenta sur la muqueuse utérine.*

Il n'est pas rare, on le sait en effet, de voir une cicatrice devenir le siège d'un épithélioma. Hawkins (1) le premier en montre la possibilité, puis les travaux se succédèrent nombreux : Gimelle (2) en 1842, Follin (3) l'année suivante, Reed, Wernher (4), Humphry (5) qui rapporte quatre cas d'épithélioma survenant sur du tissu cicatriciel ; Fowler, Demarquay (6) qui écrit un article intitulé « Le cancer des cicatrices » ; Clément (7) qui y consacre sa thèse, ainsi que Durand (8) en 1888, tous s'accordent à voir dans le tissu cicatriciel un lieu favorable à l'éclosion de la dégénérescence cancéreuse. Emmet (9) ne croit-il pas que dans presque tous les cas d'épithélioma du col de l'utérus, sinon dans tous les cas, on peut faire remonter la cause efficiente à une déchirure? Breisky n'est-il pas du même avis? Il n'y a donc aucune raison pour penser que la cicatrice formée après la chute du placenta fasse exception parmi toutes les autres.

Une objection se pose, immédiate, fatale, qui paraît ruiner cette idée. Dans l'utérus, après les couches, la muqueuse se régénère, ce n'est pas une cicatrice qui se forme, c'est une muqueuse normale.

Nous ne l'ignorons pas, il se passe là un processus particulier, différent de celui qu'on est accoutumé à rencontrer partout ailleurs. Il est admis, aujourd'hui tout au moins, qu'il se fait une reconstitution, intégrale dans sa structure, du tissu dis-

---

(1) Hawkins. On warty tumours, in cicatrices. London *Med. Gazette*, XIII, p. 431, 1832.

(2) Gimelle. Bulletin de l'Académie de médecine, t. VIII, p. 352, 1842-43.

(3) Follin. *Gazette des hôpitaux*, p. 235, 1843.

(4) Wernher. Zeitschrift für die ges., medecin., t. XII, p. 324. Hamburg, 1843.

(5) Humphry. *Medical Times and Gazett.*, t. I, p. 62. London, 1861.

(6) Demarquay. *Gazette des hôpitaux*, p. 329, 1865.

(7) Clément. Cancroïdes des cicatrices. Thèse de Strasbourg, 1868.

(8) Durand. Thèse de Paris, 1889.

(9) Emmet. La pratique des maladies des femmes, p. 509, 1887.

paru. Mais ne sait-on pas aussi la différence considérable qui existe entre le mode de régénération du point d'insertion du placenta et celui de tout le reste de la muqueuse intra-utérine?

Léopold, qui a étudié le mieux, en 1877, cette régénération de la muqueuse, Friedlander, Kundrat, Engelmann, Langhans, qui eux aussi avaient traité avant lui cette question, tous font du point d'implantation du placenta un lieu spécial, bien distinct, évoluant à part (1). La séparation de la caduque se fait là dans des couches de la muqueuse plus profondes que dans les autres régions recouvertes par le placenta. Ce point d'insertion est plus saillant de cinq à six millimètres; il reste quelquefois plusieurs années avant de revenir à son volume normal (Ch. Robin); il forme une zone particulière par sa structure, ses sinus énormes, ses espaces glandulaires déchirés profondément, privés d'épithélium en certains points même; son revêtement n'est pas encore reconstitué six semaines après l'accouchement, tandis qu'autour de lui, lorsque tout se passe régulièrement, la muqueuse est redevenue normale après vingt et un jours.

Or, puisque le processus de régénération est différent à ce point de celui qui se fait sur tout le reste de l'organe, il est permis de supposer qu'il existe là plutôt qu'ailleurs un lieu de prédilection pour le cancer.

Ce n'est pas une cicatrisation qui s'opère, en effet, dans le sens habituel du mot, mais quel est alors le terme à employer? Ce terme n'existe pas à notre connaissance, et si nous avons usé du mot cicatrice, c'est justement parce que nous n'en avons pas trouvé de meilleur et qu'il peut s'appliquer à notre idée en le prenant dans son sens le plus général.

---

(1) Consulter les traités d'accouchements de Charpentier, I, 1890, et de Tarnier, Chantreuil et Budin, I, 1886, dans lesquels les travaux de Léopold sont exposés en détail et dont nous avons tiré les renseignements qui suivent.

« *On appelle cicatrices,* dit Paul Reclus à la page 288 du » nouveau Traité de chirurgie, *des tissus de formation nou-* » *velle qui réparent une perte de substance ou une solution de* » *continuité* ».

Le tissu qui régénère la muqueuse utérine est de formation nouvelle, il répare une perte de substance, il referme une plaie, « la plaie placentaire », ainsi que les accoucheurs la nomment, on peut donc à bon droit lui donner le nom de cicatrice.

En outre, nous avons vu que le point d'insertion du placenta, la plaie placentaire, contient, d'après Léopold, des espaces glandulaires déchirés à fond, privés d'épithélium; il doit donc se former, au niveau de ces espaces limités, non plus une muqueuse normale, mais du véritable tissu cicatriciel.

Il ne suffit pas toutefois d'avancer une hypothèse : il faut chercher à la démontrer vraie.

Si le cancer primitif du corps de l'utérus se développe surtout sur le point d'implantation du placenta, il doit exister, dans les cas où la lésion est encore peu avancée et bien limitée, une relation approchée entre la situation de ce noyau de début et l'insertion normale de ce placenta. Or, cette relation existe, et elle existe même avec une netteté que nous ne nous attendions pas à trouver. Nous verrons, lorsque nous serons arrivé au chapitre de l'anatomie pathologique, combien le début par le fond même ou par une zone très limitée, surtout sur la paroi postérieure et avoisinant le fond de l'utérus, est plus fréquent qu'en tout autre point. Sur 38 cas dans lesquels le siège de début de la formation néoplasique était encore bien distinct, on le trouve 29 fois situé sur fond ou au sommet de de la paroi postérieure, 6 fois au pourtour de l'orifice interne du canal cervical, 2 fois latéralement et 1 fois sur la paroi

antérieure. Ce qui nous amène à dire que le cancer commencera :

Par le fond, dans un peu plus des 2/3 des cas;

Par la zone inférieure, dans un peu moins du 1/3 des cas;

Par les côtés, exceptionnellement.

Et voici maintenant, d'après les travaux d'obstétrique d'Auvard (1), où le placenta s'insère en général dans la cavité utérine.

Le placenta est polaire supérieur dans 2/3 des cas;

Le placenta est polaire inférieur dans le 1/3 des cas;

Le placenta est équatorial : exception.

On le voit, le résultat des deux statistiques portant sur un nombre d'observations analogue (48 pour Auvard) est presque exactement le même et notre hypothèse semble confirmée avec une netteté que, nous le répétons, nous n'espérions pas trouver. Notre conclusion est, par conséquent, que si la grossesse est une des principales causes prédisposantes au cancer primitif du corps de l'utérus, comme elle l'est pour celui du col, c'est parce qu'elle laisse sur l'organe au point d'insertion du placenta une cicatrice, une zone particulière, si on préfère ce terme, qui offre au cancer un terrain propice à son développement ultérieur.

D'une façon générale, en effet, les cicatrices qui dégénèrent en cancer sont des cicatrices anciennes ayant mis longtemps à se former. Et ici également nous sommes en parfait accord avec ce point bien établi. Il est rare dans notre tableau de voir l'affection se révéler aussitôt après l'accouchement; la majorité des cas, même chez des femmes ayant eu tard des enfants, n'ont commencé que de 5 à 20 ans après la naissance de ceux-ci.

---

(1) Auvard. Travaux d'obstétrique, t. II, p. 375.

Le premier symptôme s'est montré :

De 1 à 5	ans après l'accouchement :	2 fois.
5 à 10	»	5 »
10 à 20	»	6 »
20 à 30	»	4 »
30 à 40	»	3 »
	Total :	20 cas.

Dans les autres, le nombre des grossesses a bien été noté, mais non l'âge de la femme à leur moment : on ne peut donc savoir le temps écoulé jusqu'à l'apparition du premier symptôme.

Il ne faut pas oublier que dans les 65 femmes se trouvaient 7 vierges et 15 nullipares, et que, pour elles, la cause ne remontait pas à une grossesse. Pour les dernières, il serait possible de se dérober un peu à l'objection en disant qu'une femme avoue bien une fausse couche, mais non un avortement provoqué. Mais ce serait une mauvaise défaite et les cas chez lesquels la virginité était dûment constatée resteraient toujours intacts, prouvant qu'il existe non pas une seule, mais un certain nombre de causes déterminantes.

Nous n'avons pas voulu dire autre chose. Il est bien certain que toutes les inflammations de la muqueuse utérine peuvent agir dans le même sens. Ruge et Veit (1) ont vu la métrite glanduleuse devenir le point de départ de l'épithélioma; Schroeder (2) et Léopold (3) ont étudié cette transformation et à l'aide de coupes histologiques ont montré que l'adénome bénin, qui n'est que la métrite glanduleuse ou folliculaire, peut se changer en adénome malin, qui est le cancer.

(1) Ruge et Veit. *Loc. cit.*

(2) Schroeder. Maladies des organes génitaux de la femme, p. 290.

(3) Léopold. Société obstétricale de Dresde, 3 décembre 1885.

Deux de nos observations (obs. C et XXV) en sont un exemple et le docteur Paul Petit, qui en rapporte une, l'a intitulée « début d'épithéliome endométritique » pour en montrer mieux l'origine.

Ces lésions qui amènent une prolifération intense de l'épithélium, qui s'accompagnent de sa destruction et de sa rénovation continue, font de la muqueuse un excellent terrain d'infection, et elles ont leur place tout indiquée dans la seconde des deux lois formulées par Quénu.

Est-il permis d'y faire rentrer aussi, quoique à une place secondaire, la simple congestion, accompagnée de rénovation de la muqueuse, même lorsque cette congestion et cette rénovation sont physiologiques? Les règles, en un mot, offrent-elles des particularités chez les femmes qui plus tard sont atteintes de cancer utérin? La question est plus délicate : les observations sont souvent muettes sur la modalité de l'écoulement menstruel, et parmi les auteurs, Emmet (1) seul fait remarquer que les affections malignes de l'utérus se voient dans une classe de femmes ayant joui d'une meilleure santé génitale que la moyenne des femmes. Mais le sujet qui nous occupe a une telle importance que nous n'avons pas cru devoir rejeter un seul des moindres faits se dégageant de nos tableaux statistiques et capables de porter une lueur, aussi vacillante soit-elle, dans une étiologie encore aussi obscure.

L'âge moyen de l'apparition des premières règles, d'après 22 observations où il a été rapporté, est de 14 ans et 5 mois. C'est l'âge normal et il n'y a pas de déductions à en tirer puisque suivant Bernutz (2) et le Traité spécial de Raciborsky (3),

---

(1) Emmet. *Loc. cit.*, p. 509

(2) Bernutz. Conférences cliniques sur les mal. des femmes. Paris, 1888.

(3) Raciborsky. Traité de la menstruation. Paris, 1868.

on peut considérer l'âge de 15 ans comme l'âge d'apparition moyenne en France, et qu'Emmet, d'après une statistique basée sur 2,330 femmes, prises au hasard et sans tenir compte de la nationalité, ce qui est notre cas, arrive à l'âge de 14 ans et 3 mois.

La régularité des règles est constante : on ne les trouve irrégulières qu'une seule fois pour les 22 malades.

Mais un point qui semble devoir attirer l'attention, c'est que dans tous les cas moins un (obs. I) lorsqu'on a songé à demander à la femme la quantité ou la durée de l'écoulement menstruel, elle a invariablement répondu qu'il avait toujours été depuis son apparition abondant ou très abondant. Deux ont précisé davantage : Chez l'une (obs. XXXIV de Valat) il durait de sept à huit jours, et chez l'autre (obs. XXV de cette thèse), il nécessitait l'emploi de cinq serviettes en 24 heures.

En outre nous avons trouvé l'observation suivante publiée par M. le Dr Bernard (1), intéressante par sa rareté, et qui le portait à se demander si les femmes menstruées de bonne heure n'étaient pas plus sujettes que les autres aux atteintes précoces du cancer utérin.

OBSERVATION A

Mme B..., quelques jours après sa naissance, perdit pendant deux jours du sang par les organes génitaux externes, avec coliques. Tous les mois le même phénomène reparaissait, pendant le même laps de temps, avec les malaises habituels éprouvés par les jeunes filles pubères. Toutefois les organes génitaux ne présentaient aucun développement prématuré.

Jusqu'à 12 ans la menstruation fut régulière ; elle cessa brusquement pendant deux ans à la suite d'une vive émotion pour reparaître deux ans plus tard, mais irrégulière alors et avec leucorrhée.

(1) Bernard. *Lyon médical*, 14 août 1887.

Mariée à 20 ans, rendue syphilitique par son mari, elle ne devint jamais enceinte, le mari prenant de grandes précautions pour éviter la grossesse.

A l'âge de 27 ans les premiers signes de carcinome apparurent. Mort huit mois après dans un état de cachexie avancé.

Ces cas de menstruation précoce sont fort rares. V. Gautier (1) (de Genève) n'en a pu réunir que 24 cas et la plupart n'ont pas été suivis. Mais le fait que nous venons de transcrire et la remarque que nous avons faite au sujet de la quantité des règles, permettent de se demander avec M. le Dr Bernard si non seulement la précocité, mais aussi la trop grande abondance de la menstruation, ne dispose pas l'utérus à l'apparition de l'épithélioma, puisque toute congestion, toute excitation d'une muqueuse peut être un appel au cancer.

Notons encore, pour ne rien oublier, que la ménopause s'est faite à l'âge moyen de 48 ans et 4 mois, plus de deux ans par conséquent au-dessus de l'âge donné par Raciborsky (2) et qui est de 46 ans; et si nous rapprochons cet âge de celui que nous avons donné comme âge moyen d'apparition du premier symptôme, 48 ans et 5 mois, nous verrons que le début du cancer du corps suit à un mois de distance la cessation des régles.

Enfin il reste encore à étudier comme causes prédisposantes locales celles qui rentrent dans la première des deux lois de Quénu et qui sont les changements apportés soit à la situation, soit à la structure normale de l'utérus, ou seulement d'une portion de l'utérus.

Nous ne nous étendrons pas sur la première de ces deux causes : le cadre que nous nous sommes tracé nous fait envi-

(1) V. Gautier. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1884.

(2) Raciborsky. *Loc. cit.*

sager l'organe dans sa situation normale et non en prolapsus. Nous rappellerons simplement que les cas de cancer évoluant primitivement sur un utérus prolabé ne sont pas très rares et qu'il est assez facile d'en trouver des observations.

Quant aux déviations de l'organe *in situ*, nous n'en parlerons pas non plus ici, car, plus tard, lorsque nous ferons cette constatation que la rétro-déviation semble la plus fréquente, ce sera uniquement comme point d'anatomie pathologique. Comme il nous est impossible de savoir si cette modification dans la situation normale de l'organe avait précédé l'apparition du néoplasme, ou, comme cela est certainement plus probable, si elle était consécutive à celui-ci qui, nous l'avons vu, s'implante surtout en haut et en arrière, nous n'avons pas à nous en occuper dans ce premier chapitre.

Mais, on ne peut passer sous silence certains cas de cancer intra-utérin paraissant s'être greffé sur d'autres tumeurs préexistantes et ayant, en effet, apporté une différenciation notable dans la structure de l'organe. De ce nombre sont les myomes et les fibromes. La coexistence de ces tumeurs avec une tumeur maligne est assez souvent signalée dans la littérature médicale; Ehrendorfer (1) en a cité deux observations et parmi celles qui sont à la fin de ce travail on peut en trouver trois. Dans le nouveau Traité de chirurgie (2) Pierre Delbet croit qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence; cela est probable, en effet, quand il s'agit d'un fait analogue à celui de notre observation XVII, dans laquelle le myome est situé en un autre point que le carcinome et qu'il n'est pas dégénéré. Mais, que conclure de nos deux autres cas? Dans l'un (obs. XV), la tumeur partait du fond de l'utérus et était constituée par des

(1) Ehrendorfer. *Arch. für gynak.* XLII, 2.

(2) Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, p. 476, VIII.

fibres musculaires lisses mélangées à des cellules épithéliales, c'était un myo-carcinome. Dans l'autre (obs. XXXII), il est question d'un fibrome interstitiel, gros comme une bille de billard, occupant aussi le fond de l'organe; et la portion de muqueuse qui recouvrait la partie saillante dans la cavité utérine, et là seulement, était atteinte de cancer. On peut raisonnablement penser que la cause d'irritation exceptionnelle, créée par la tumeur préexistante, prédisposait la malade à un cancer local.

Nous avons, croyons-nous, passé en revue toutes les causes connues plus ou moins capables de donner naissance à l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. Nous avons ainsi étudié successivement l'influence de l'hérédité, de la constitution personnelle, de l'âge, de la grossesse et même de la congestion menstruelle; nous avons rapproché cette dernière, toutes proportions gardées, de celle qu'exercent l'endométrite et les tumeurs fibreuses, mais nous pensons qu'il faut la réunion de plusieurs de ces causes et non pas une seule isolée, pour placer la muqueuse utérine dans un état d'infériorité vitale suffisant pour permettre son envahissement par un agent d'infection non encore prouvé mais probable.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE

En commençant l'étude anatomo-pathologique de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, nous croyons de quelque utilité de rappeler succinctement quelle est la structure histologique normale de cette partie de l'organe. Il sera ainsi plus facile de comprendre les changements apportés dans la constitution et dans les rapports de ses éléments composants par la venue du néoplasme; et les particularités qui permettent, à l'aide du microscope, de différencier cette affection de celle qui se confond le plus avec elle par ses symptômes cliniques, l'endométrite glandulaire, ne pourront qu'y gagner en clarté.

Le corps de l'utérus, creusé d'une cavité ayant en moyenne $0^{m}028$ chez la nullipare et $0^{m}032$ chez la femme qui a eu des enfants (1), est tapissé intérieurement par une membrane muqueuse qui mesure en épaisseur de 6 à 8 millimètres d'après Coste et Ch. Robin, 2 millimètres d'après Sappey, et 1 millimètre environ d'après Cornil (2), lorsque la femme est adulte et en dehors de l'époque des règles. Ces différences tiennent à son union intime avec la tunique musculeuse et à la difficulté de préciser exactement sa limite. Néanmoins elle tranche par

(1) Les dimensions du col, tant qu'il n'a pas subi l'involution sénile, restent à peu près stationnaires dans les deux cas et conservent leur longueur primitive de $0^{m}026$, ce qui donne pour toute la cavité une dimension moyenne de 56 millimètres (Bouchard, Anatomie descriptive, p. 853).

(2) Cornil. Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites. Paris, 1889.

sa couleur pâle sur le muscle et c'est la muqueuse la plus épaisse que l'on trouve dans l'économie. Elle est tout à fait lisse et unie, se distinguant ainsi de celle du col, et elle est formée d'un épithélium et d'un stroma contenant beaucoup de glandes, de vaisseaux et de nerfs.

Le stroma est composé de faisceaux fins de tissu conjonctif recouverts par de nombreuses et petites lames endothéliales, chacune avec un noyau ovale aplati (Léopold, de Leipzig).

Les glandes se montrent à l'état sain sous l'aspect de tubes courts (1/2 millimètre de longueur), légèrement flexueux, un peu renflés à leurs extrémités, quelquefois, mais rarement, bifides, et placés parallèlement les uns aux autres. Ces tubes possèdent une membrane propre de revêtement extérieur, faite de cellules petites et aplaties, allongées et munies d'un noyau ovoïde, de nature conjonctive, et ils viennent s'ouvrir à la surface de la muqueuse par une lumière tapissée dans toute son étendue d'un épithélium cylindrique composé d'une unique couche de cellules rendues prismatiques par leur pression réciproque. Ces dernières sont semblables à celles qui forment l'épithélium de la muqueuse, entre les orifices glandulaires et sont terminées comme elles, d'après la plupart des auteurs actuels, par un plateau portant des cils vibratiles effectuant leurs mouvements du vagin vers les trompes.

Quant à la paroi musculaire, elle est épaisse d'environ un centimètre, formée de trois tuniques de fibres lisses, l'extérieure longitudinale, la moyenne très plexiforme et l'interne oblique. Cette tunique interne à l'état normal n'est pas pénétrée par les culs-de-sac glandulaires de la muqueuse.

Les vaisseaux viennent des artères utérines et utéro-ovariennes, ils sont très flexueux et se continuent par de nombreuses veines.

Mais si les vaisseaux sanguins sont nombreux, les lymphati-

ques, bien étudiés par Léopold, sont innombrables : « Ils naissent du parenchyme, ils naissent du tissu sous-séreux, ils naissent de la muqueuse, ils offrent un développement monstrueux dans une abondance à peine croyable » (1). Ils forment de véritables lacs lymphatiques autour des glandes et des capillaires sanguins. Arrivés dans l'épaisseur des ligaments larges, les uns accompagnent l'artère utérine et aboutissent aux ganglions pelviens latéraux; les plus nombreux suivent le trajet de l'artère utéro-ovarienne et se jettent dans les ganglions lombaires (Poirier) (2).

Les nerfs viennent du plexus hypogastrique.

Ces quelques notions d'anatomie normale ainsi rappelées à la mémoire vont nous faciliter beaucoup l'exposition de l'anatomie pathologique, mais il est encore nécessaire de fixer un point avant de commencer cette étude. C'est la signification des termes adénome bénin et adénome malin qui se retrouvent à chaque instant dans les auteurs allemands et anglais. Il nous a semblé que, dans leur idée, leur adénome bénin n'était autre chose que notre métrite glanduleuse, car les symptômes cliniques et l'histologie en sont identiques.

Voici d'ailleurs ce que dit Ruge (3) de Berlin, à propos des adénomes bénins de l'utérus :

« Il y a trois formes d'adénomes bénins : Dans la première, les glandes augmentent de dimensions, la muqueuse est épaissie, il se forme des dépressions par suite d'une prolifération de cellules. C'est l'endométrite glandulaire hypertrophique.

---

(1) J. Lucas-Championnière. Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine. *Archives de Tocologie*, 1875.

(2) Poirier. Les lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Progrès médical*, 1889, p. 568.

(3) Ruge. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, vol. V, p. 317 et Répertoire universel d'Obst. et de Gynécol., 1888, p. 553.

» Dans la seconde forme, la muqueuse s'épaissit par suite d'une néoformation de glandules. C'est l'endométrite glanduleuse hyperplasique.

» Dans une troisième forme, les glandules pénètrent jusque dans la tunique musculaire; les glandes pourvues de diverticules peuvent faire saillie et donner lieu à des excroissances papillaires ».

Et il ajoute : « Les gynécologistes désignent couramment l'endométrite papillaire hyperplasique sous le nom d'adénome diffus, et la forme polypeuse sous le nom d'adénome circonscrit; cette désignation est mal choisie, car elle paraît s'adresser à un néoplasme, ce qui n'est pas ».

Il semble toutefois que les caractères de la troisième forme citée par Ruge se rapprochent de bien près de ce que nous considérons en France comme épithélioma; et, comme nous en montrerons la possibilité bientôt, elle pourrait s'appliquer à caractériser la transformation de la métrite en tumeur maligne.

La simplicité n'est plus la même quand il s'agit de délimiter l'affection désignée par ces auteurs adénome malin. Ruge la considère comme se confondant cliniquement et anatomiquement avec le carcinome. Léopold (1) est du même avis et voudrait voir abandonner cette dénomination d'adénome malin à cause de l'idée de bénignité qu'implique le mot d'adénome ; si le tissu glandulaire néoplasique vient à présenter les caractères de la malignité, il s'agit toujours pour lui d'un carcinome papillaire.

Abel (de Berlin) (2), discute et refuse d'admettre les conclusions de Léopold, et voici d'après lui ce qui différencie le carci-

---

(1) Léopold. Congrès allemand de gynécol. tenu à Bonn en 1891. Séancedu 21 mai.
(2) Abel. Même séance.

nome de l'adénome malin ou bénin. « Si la muqueuse, dit-il, n'existe plus comme telle, et si l'on trouve des rangées de cellules épithéliales disposées en séries solides et sans canal central, il s'agit bien d'un carcinome. Mais si le tissu présente un aspect glandulaire, il s'agit alors d'un adénome et on ne peut en déterminer la bénignité ou la malignité qu'à la condition d'avoir sous les yeux les parties plus profondes, afin de pouvoir reconnaître si les glandes s'étendent ou non jusque dans le tissu musculaire ».

Il est regrettable que ce jour-là Abel ne se soit pas étendu un peu plus sur ce qu'il a nommé l'aspect glandulaire. Cet aspect existe en effet tout aussi bien dans les métrites simples que dans l'épithélioma. Seul, comme nous allons le répéter d'après Cornil, le nombre des couches de cellules tapissant les tubes glandulaires diffère dans ces deux affections.

Uter (1), de son côté, établissant les rapports de l'adénome avec le carcinome, conclut que dans l'utérus, deux formes anatomiques seules peuvent avec certitude être considérées comme de nature cancéreuse, c'est-à-dire avec tendance à la propagation aux tissus environnants, destruction et métastase de ces tissus. « C'est, d'une part, quand il y a structure alvéolaire de ces tissus (carcinome type) et, d'autre part, quand la prolifération et la multiplication des glandes sont telles que les canalicules sont fusionnés et bourrés de cylindres épithéliaux, sans être séparés par du tissu conjonctif. On rencontre alors souvent, mais pas toujours, une perforation des membranes glandulaires, une prolifération de l'épithélium dans le tissu intra-glandulaire, poussée jusque dans la couche musculaire. La prolifération épithéliale peut être un prodrome de cancer, mais elle n'en est pas la caractéristique ».

(1) Uter. *Centralbl. f. Gynak.*, n° 34 ; 22 août 1891, p. 689.

On le voit, il n'est pas facile de préciser quelle est la signification du mot adénome malin. Il est permis cependant d'essayer et de dire : l'adénome malin se confond avec l'épithélioma pour certains auteurs, avec le carcinome pour d'autres. Quelques-uns lui assignent une place spéciale intermédiaire entre les deux types de tumeur maligne que nous venons de citer. Et puisque en France, depuis les travaux de Thiersch et de Waldeyer, on admet, bien que quelques auteurs ne se soient pas entièrement ralliés à cette opinion (1), l'origine épithéliale du cancer, on peut supposer que les anatomistes qui ont trouvé dans l'adénome malin une forme spéciale, étudiaient des cas précisément sur la limite de la transformation de l'épithélioma en carcinome.

Etude macroscopique. — Les auteurs décrivent couramment deux formes distinctes de l'épithélioma intra-utérin : une forme circonscrite produisant à la surface de la muqueuse une tumeur saillante, à base d'implantation plus ou moins large, parfois au contraire presque pédiculée et pouvant s'étendre soit dans la cavité utérine, soit vers le péritoine à travers les couches musculaires ; et une seconde forme infiltrée et diffuse, interstitielle, qui s'étend plutôt en surface qu'en profondeur, envahit toute la muqueuse en s'arrêtant à l'orifice interne du canal cervical. Cette dernière, d'après Williams (2) et Valat, est beaucoup plus fréquente que la première.

Hofmeier (3) explique ces deux formes en donnant à chacune une origine différente. La forme diffuse naîtrait de l'épithélium superficiel de la muqueuse et il serait possible de trouver, au-dessous, des glandes normales. La forme circons-

---

(1) P. Coyne. Traité élémentaire d'anatomie pathologique. Paris, 1893, p. 223.

(2) Williams. The cancer of uterus. London, 1888.

(3) Hofmeier. Congrès de gynécologie de Bonn, 1891.

crite naîtrait, au contraire, de l'épithélium des glandes et se développerait souvent d'un adénome. « Il y a d'abord, dit-il, une augmentation des glandes, puis des altérations des cellules qui deviennent polymorphes et prolifèrent ; c'est ainsi que la cavité glandulaire se remplit de cellules. Ces glandes poussent des prolongements dans le parenchyme de l'utérus, dans la tunique musculaire, et pénètrent ainsi jusqu'à la séreuse, après avoir été précédées par une infiltration cellulaire ».

Quoi qu'il en soit, il est certain que ces deux formes sont très différentes : dans l'une, le néoplasme est irrégulièrement arrondi, il pousse en « chou-fleur », bosselé par de nombreux bourgeons papillaires, riches en vaisseaux friables ayant la plus grande tendance à s'ulcérer et à provoquer des hémorragies abondantes et répétées. Son volume varie de la grosseur d'une amande et même moins à celle d'un œuf de poule (obs. XXXIII de Valat). Sa couleur est grisâtre, sa consistance friable et il laisse écouler une sanie fétide contenant de nombreux débris sphacélés. Dans l'autre forme et dans les cas avancés, toute la muqueuse est bourgeonnante, déchiquetée, il est alors impossible de savoir quel a été le lieu de début de la lésion. Elle a plus de tendance à s'étendre à travers la muqueuse qui offre au toucher des points durs à côté de points ramollis déjà dégénérés (dégénérescence muqueuse), et couverts aussi de débris sphacélés, non adhérents, horriblement fétides.

Le lieu d'implantation du néoplasme, ainsi que nous l'avons déjà dit au chapitre de l'Etiologie, est incontestablement plus fréquent sur le fond de l'utérus qu'en aucun autre point de l'organe. Nous avons vu que sur 38 cas encore bien limités, dans lesquels le siège de début était évident, il se montrait 29 fois sur le fond même ou le sommet extrême de la paroi postérieure (76,3 p. 100); 6 fois au-dessus mais au pourtour de

l'orifice interne du col (15,7 p. 100), et 3 fois seulement sur les côtés ou la paroi antérieure (6,8 et 3,4 p. 100). Nous avons fait remarquer la relation frappante qui existe en ces lieux d'élection et les points d'insertion normale du placenta, nous n'y reviendrons donc pas.

Il en sera de même pour la coexistence du cancer avec d'autres tumeurs. Nous avons déjà vu que c'étaient les myomes, les fibro-myomes et les fibromes que l'on trouvait surtout accompagnant le cancer. Qu'il pouvait n'y avoir là qu'une simple coïncidence, mais aussi que l'irritation produite localement par ces tumeurs avaient pu prédisposer la muqueuse qui les recouvrait à la dégénérescence maligne.

Il est plus important ici de voir comment se comporte l'utérus atteint de cancer.

L'organe est pour ainsi dire toujours augmenté de volume. 3 observations sur 63 le signalent comme normal; dans toutes les autres on a noté un accroissement quelquefois considérable; on le compare au volume d'une orange (1 fois), d'un poing fermé (5 fois), d'une tête de fœtus (5 fois). Cet accroissement se fait plutôt en largeur qu'en hauteur; l'utérus devient ventru. Sa surface extérieure est le plus souvent lisse et unie. Sa coque dure et résistante au début devient friable par places à mesure que la lésion progresse. La cavité utérine peut prendre de grandes dimensions et subir un allongement notable, allant jusqu'à 10, 12, 14 et même, dans une observation de Bisch, 15 centimètres. Mais un point intéressant de cette affection est que tandis que le corps donne au palper la sensation d'un organe très volumineux, la cavité mesurée à l'hystéromètre est quelquefois presque normale.

Ce fait trouve son explication dans l'épaisseur souvent énorme que prennent les parois utérines. Dans une de nos observations (Obs. XXV), elles sont de deux à trois fois plus

épaisses; dans une autre (Obs. VII), elles ont 3 centimètres et demi, et Valat en rapporte une (Obs. XXIV de sa thèse), où elles arrivent à avoir de 4 à 5 centimètres. Est-ce dû, comme on l'a admis jusqu'à présent, à une hyperplasie de la muqueuse utérine causée par le processus inflammatoire? Le même processus peut-il amener aussi, comme le veut Uter (1), une formation fibro-myomateuse du tissu musculaire? Il cite à l'appui de cette opinion des faits concluants. Nous ne serions pas éloigné de voir dans cet accroissement une hyperplasie de défense en quelque sorte, une véritable réaction vitale tendant à opposer une barrière à l'envahissement progressif du cancer. Puis, un jour, cette barrière est forcée, la coque utérine est envahie et devient alors mince et friable, vaincue par le néoplasme.

Le col peut être pris à son tour, mais dans un grand nombre de cas il reste indemne. Toute la cavité utérine est pleine de végétations et ces végétations s'arrêtent nettement au pourtour de l'orifice interne du canal cervical. La planche qui est à la fin de ce travail en donne un bel exemple. Un sillon profond de plusieurs millimètres en certains points délimite la masse fongueuse qui occupe tout le corps. Au microscope, sur une coupe portant à cheval sur ce sillon, on voit en haut des tubes épithéliomateux en quantité considérable et sur la berge inférieure rien : le tissu du col est absolument normal. Le seul phénomène à noter est peut être un peu de congestion simple, un peu d'épaississement des parois vasculaires mais c'est tout. L'orifice externe du col, nous le reverrons aux symptômes, est en général assez entr'ouvert.

Pourquoi le cancer se limite t-il ainsi au segment supérieur? On ne peut répondre que par des hypothèses dont aucune,

(1) Uter. *Centralb. für gynak.*, nº 34, 22 août 1891, p. 689.

croyons-nous, ne donne une explication satisfaisante, et nous ne les rapporterons pas. Mais il y a certainement une raison assez sérieuse, puisque, dans quelques cas de cancer très développé du corps, l'affection est venue s'inoculer, suivant l'opinion de Winter et d'Hoffmeier, sur les lèvres du col plutôt que de l'envahir progressivement de haut en bas.

Ces cas sont extrêmement rares et c'est cette rareté même qui nous a engagé à rapporter l'observation suivante :

OBSERVATION B

Epithélioma hétéro-kystique de l'utérus.

M. le Dr Paul Petit présente à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris une pièce provenant du service de M. Pozzi, qui est un exemple très curieux et inédit de la coexistence dans l'utérus de deux néoplasmes épithéliaux malins à type histologique différent.

La pièce, examinée aussitôt après l'extirpation, offrait les détails suivants :

A l'œil nu, le néoplasme paraît circonscrit aux couches les plus externes du corps de l'utérus sous forme d'un putrilage blanchâtre recouvrant une paroi considérablement hypertrophiée et de consistance scléreuse.

L'examen histologique pratiqué à ce niveau sur un cube d'un centimètre et demi d'épaisseur permettait d'affirmer l'existence d'un épithélioma cylindrique dont les tubes confluents infiltraient le muscle dans toute l'étendue de la coupe. Cette constatation faite, nous nous sommes porté à la recherche des lésions de voisinage.

Sur un fragment détaché de l'isthme, les glandes et le tissu environnant avaient un aspect normal ou paraissaient légèrement enflammés. Mais pas de trace de néoplasme.

Vers la surface vaginale du museau de tanche, qui en apparence était tout à fait sain, le hasard nous a fait tomber, à 2 millimètres environ de son orifice, en une zone très limitée, se présentant à l'œil nu sous forme d'une

petite encoche, d'un coup d'ongle, sur un début d'épithéliome pavimenteux. Là, on voit se détacher du revêtement pavimenteux normal plusieurs bourgeons, dont le plus central, beaucoup plus large et plus profond que les autres, s'enfonce à un millimètre de profondeur environ. Dans ces bourgeons, les cellules muqueuses de la couche moyenne ont un protoplasma énorme et sont déformées par pression réciproque. Les cellules les plus profondes se rapprochent de l'état indifférent et se confondent d'une façon insensible avec une enveloppe embryonnaire au delà de laquelle le stroma du col et ses glandes ont leurs caractères normaux.

Il s'agirait là en somme, suivant les néologismes de M. Verneuil, d'un double cancer épithélial, à la fois hétéro-kystique et mono-organique, c'est-à-dire d'un néoplasme double de naissance et non par généralisation, de type histologique différent, existant à la fois sur le même individu et sur le même organe.

(*Répert. univ. d'obst. et de gynéc.*, 1891, p. 254.)

Ce n'est pas ici le lieu de voir où se font la propagation et la généralisation : nous ferons cette étude quand nous parlerons de la marche du cancer du corps. Mais nous pouvons chercher dès maintenant l'explication de la lenteur relative de cette marche. La propagation se fait comme d'habitude par les lymphatiques ; or ne peut-on pas, et cette idée revient entièrement à M. le professeur agrégé A. Boursier qui nous l'a suggérée, trouver cette explication dans le mode de vascularisation lymphatique que nous avons signalé au début de ce chapitre? Il est possible que cette lenteur de marche soit due à l'épaisseur des parois utérines, au type anatomique adopté par le néoplasme (Bisch) mais il est bien certain que dans ce réseau invraisemblable de canaux, à travers cette profusion de lacs lymphatiques, le transport des germes morbides doit se faire avec la plus grande lenteur et il paraît probable qu'il existe là une raison de la plus haute importance.

Etude microscopique. — Le cancer primitif du corps de l'utérus examiné au microscope se présente toujours sous l'aspect d'un épithélioma cylindrique tubulé et lobulé. Des tubes glandulaires, le plus souvent larges et dilatés irrégulièrement, se montrent en grand nombre et s'anastomosent entre eux. Ils sont en général très ramifiés, aussi leur coupe longitudinale présente-t-elle l'aspect de la section d'une vis. Leurs prolongements se dirigent en tous sens : tantôt vers l'extérieur du tube glandulaire, tantôt ils forment des bourgeons saillants dans leur cavité. Aussi est-il difficile, sur une préparation, de suivre un de ces prolongements dans toute son étendue. La plupart sont sectionnés en biseau par le rasoir, d'autres transversalement et se présentent alors sous forme d'une cavité irrégulièrement circulaire, tendant dans maints endroits à devenir elliptique, alvéolaire, bordée, ainsi que nous le verrons bientôt, d'une couronne de cellules cylindriques composée de plusieurs rangs d'éléments.

Le tissu conjonctif qui sert de charpente aux végétations a un aspect variable suivant les préparations et même quelquefois suivant les points examinés d'une seule préparation (Obs. I). Réduit à de minces travées où les végétations sont le plus nombreuses, il prend quelquefois ailleurs un développement suffisant pour simuler des alvéoles épais de carcinome. Des vaisseaux capillaires s'y montrent et pénètrent dans la couche épithéliale sous forme de papilles revêtues par cette dernière.

A un plus fort grossissement, on voit les tubes glandulaires tapissés à l'intérieur de plusieurs couches de cellules. La couche la plus profonde est faite de cellules cylindriques très allongées avec un gros noyau allongé aussi, très fortement coloré par les réactifs et qui, d'après Cornil (1), aurait une forme spéciale

(1) Cornil. Société d'anatomie, 8 octobre 1889.

très tourmentée. Les couches situées au-dessus, au nombre de 5 ou 6 dans les tubes très développés, sont formées de cellules cylindriques également, mais de plus en plus courtes, si bien qu'elles deviennent polyédriques, puis cubiques. En même temps, subissant la dégénérescence muqueuse, leur protoplasma s'atrophie et devient difficilement visible, tandis que le noyau conserve à peu près son volume et se charge de granulations. Ce noyau finit par s'atrophier lui-même, et sur des coupes qui ont été montées dans la paraffine ou mieux encore dans la celloïdine on voit la lumière des tubes glandulaires encombrée d'éléments chargés de granulations, dont il est difficile de reconnaître l'essence cellulaire ou nucléaire, nageant dans une sorte de liquide muqueux.

Cornil insiste beaucoup (1), au point de vue du diagnostic, entre la métrite et l'épithélioma sur une couche mince de cellules plates formant un revêtement extérieur au tube glandulaire et situé entre les longues cellules périphériques et le tissu conjonctif. Cette membrane basale qui se retrouverait toujours dans la métrite manquerait dans le cancer, si bien que les cellules les plus externes reposeraient directement, dans celui-ci, sur la charpente conjonctive. C'est un caractère que la plupart des auteurs ont répété après lui et qui serait de la plus grande importance, s'il était facile à constater. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et cette couche de cellules plates est d'autant plus difficile à voir que les cellules conjonctives sur lesquelles repose l'épithélium des glandes se clivent en quelque sorte dans les deux cas et deviennent parallèles à sa surface d'insertion.

Nous avons eu entre les mains des préparations faites sur

(1) Cornil. Leçons sur l'anat. path. des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus. Paris, 1889.

des muqueuses manifestement atteintes de métrite, et simplement de métrite, et si nous n'avions eu que ce signe distinctif, nous n'aurions pu éliminer l'épithélioma.

Un autre caractère, propre d'après Cornil à l'affection maligne, est le manque d'adhésion entre la base de la première assise de cellules et la paroi de tissu conjonctif. P. Delbet (1), et nous croyons qu'il a raison, pense que cela est fort exagéré et que ce détachement des cellules est dû surtout aux réactifs. Il est certain qu'on retrouve ce caractère dans la métrite, et que dans l'épithélioma les tubes les plus jeunes, ceux qui n'ont encore qu'un seul rang de cellules, sont souvent adhérents au tissu interglandulaire; mais cependant il se peut que l'on trouve plus souvent détachées, et formant un îlot au centre de l'alvéole, les cellules épithéliales du cancer; cela surtout quand on examine des tubes bien développés et limités par plusieurs couches d'éléments.

C'est très probablement cette profusion de couches superposées qui est, en effet, le caractère le plus typique et qui distingue le mieux la tumeur maligne. On a déjà vu, suivant Ruge, les particularités propres à l'endométrite : les glandes peuvent augmenter de dimensions, de nombre, mais elles conservent une unique couche de cellules, quel que soit leur développement. Il n'en est pas de même pour l'épithélioma : si les tubes les plus fins n'ont souvent, comme nous l'avons dit, qu'un seul rang de cellules cylindriques, il est toujours possible de trouver à côté d'eux des tubes plus avancés, plus gros et tapissés de plusieurs rangs, quelquefois deux, mais d'ordinaire quatre à six.

Un autre caractère en faveur du cancer est la pénétration des glandes dans le tissu musculaire. La glande envahit le

(1) Traité de chirurgie, p. 475.

muscle en dissociant devant elle les fibres de celui-ci, qui s'écartent d'abord en faisceaux, puis disparaissent, perdues et envahies elles-mêmes au milieu des végétations néoplasiques. En approchant du tube épithéliomateux, on voit les fibres musculaires être infiltrées par une sorte de processus inflammatoire, de noyaux et d'éléments jeunes en très grande abondance, formant ainsi une zone très colorée par des réactifs tels que le picro carmin ou l'éosine hématoxylique. C'est dans cette région que les vaisseaux nous ont paru être le plus nombreux.

Il faut citer encore l'absence complète des cils vibratiles, bien que Fraipont ait soutenu ne pas les avoir vus dans un cas d'hyperplasie glandulaire pure et simple.

Chacun de ces caractères a été plus ou moins attaqué comme n'étant pas propre à la dégénérescence maligne de la muqueuse. Faut-il aller jusqu'à dire avec Bisch (1) qu'au point de vue du diagnostic précoce l'examen des produits enlevés par la curette ne donne rien? Nous ne le croyons pas, nous sommes persuadé au contraire de l'aide puissante apportée au clinicien par le microscope dans tous les cas de diagnostic douteux. Il existe évidemment des observations dans lesquelles on voit le diagnostic microscopique être en parfait désaccord avec la véritable nature du mal. Les observations que nous avons réunies à la fin de cette thèse en contiennent plusieurs exemples. Valat (2) en rapporte une inédite et personnelle; Bisch insiste sur ses numéros X, XVII, XVIII, XIX, XX; Klotz dit au Congrès de Dresde, en 1891 (3), que sur 17 cas d'hystérectomie faite pour cancer, 6 fois le microscope avait montré une lésion bénigne;

(1) Bisch. Thèse citée.

(2) Valat. Thèse citée.

(3) Klotz. *Centralb. für Gynakol.*, août 1891.

Abel, Landau, Cushing, Routier, Cornil lui-même ne nient pas certaines erreurs, mais ils sont cependant loin de dire comme Lawson Tait (1) : « Le microscope nous a été inutile ».

Ce n'est pas seulement d'ailleurs en concluant à la malignité d'une lésion réellement bénigne que des erreurs se sont produites : l'inverse a été plusieurs fois noté. Wider a rapporté un cas où l'examen microscopique concluait au carcinome et où l'utérus extirpé n'en présentait aucune trace. M. le Dr Vulliet présentait, il y a un an, au Congrès de Bruxelles (2), une pièce provenant d'une malade souffrant depuis plusieurs années d'hémorrhagies utérines. Après un curettage fait le 30 juin 1891, on pratiqua l'examen histologique des débris et on conclut à une endométrite adénomateuse bénigne.

Quatre mois plus tard, le 29 octobre, les hémorrhagies se reproduisirent et M. Vulliet, ayant des doutes sur l'exactitude du diagnostic, traita la malade par la méthode de Dumontpallier pour obtenir à la fois une destruction profonde de la muqueuse et une escharre se prêtant à un nouvel examen. Ce nouvel examen eut lieu et concluait cette fois à la malignité de l'affection.

Après deux mois, l'utérus ayant pris le volume d'un utérus gravide de quatre mois et la souffrance devenant intolérable, on se décida à son ablation totale qui fut faite le 10 juin 1892. « Etant donné, dit M. Vulliet, le rapide accroissement de la tumeur, les douleurs intolérables de la malade et surtout le deuxième verdict de l'anatomie pathologique, nous nous attendions à trouver un carcinome du corps de l'utérus. Or, dans la pièce que voici, il n'y en a aucune trace : la tumeur est constituée par les parois utérines hypertrophiées et présentant

(1) Lawson Tait. Traité des mal. des femmes, pp. 15 et 17.

(2) Séance du 16 septembre 1892. Transcrit dans la *Semaine médicale*, 1892, p. 385.

un aspect fibreux. Il est donc permis de se demander quel cas nous pouvons faire de l'examen microscopique, car il est peu probable que l'affection fût bénigne en juin et maligne en octobre ».

Et pourquoi non? Certes il n'en était pas ainsi pour l'utérus enlevé par M. le Dr Vulliet puisqu'il ne présentait rien d'anormal après son extirpation; mais la transformation de l'adénome bénin en adénome malin, en un mot de la métrite en cancer, n'est-elle pas admise en Allemagne? Léopold a affirmé son existence à la Société obstétricale de Dresde (1), et voici une observation que nous avons trouvée si nette qu'elle semble lever tous les doutes.

OBSERVATION C

Endométrite avec début de cancer de la muqueuse.

M. Flaischlen présente à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, le 27 janvier 1889, un utérus provenant d'une malade anémiée par des hémorragies répétées. Le Dr Seidel, qui examina le premier la malade, ne trouva rien d'anormal sauf un épaississement attribué à la métrite.

L'examen microscopique de parcelles obtenues par le curetage ne montra que de l'endométrite simple, mais une parcelle plus grosse, du volume d'un pois, enlevée à l'aide d'une cueillère tranchante et examinée, fit voir qu'il s'agissait d'adénome malin en voie de transformation carcinomateuse. Ce dernier examen fut confirmé par Karl Ruge.

L'opération et les suites furent simples.

A la coupe, l'utérus ne montre que des signes d'endométrite, et seulement des débuts de carcinome de la muqueuse du corps utérin.

(*Répert. univers. d'obst. et de gynécol.*, 1889, p. 127).

---

(1) Rép. universel d'obstétrique et de gynécologie, 1886, p. 344.

Il nous a semblé que cette observation résumait en elle tout ce qu'il est possible de dire pour réhabiliter le microscope. Il est bien évident que dans des cas analogues cette méthode de diagnostic basée sur l'examen de parcelles enlevées par la curette peut faire tomber dans l'erreur. Ce n'est pas elle qu'il faut attaquer cependant : c'est l'observateur. Il ne lui suffit pas de pratiquer un curetage léger, qui ne fait qu'enlever les végétations les plus superficielles; nous avons vu que nombre d'entre elles n'offrent qu'une seule rangée de cellules, que ces cellules sont adhérentes à la paroi, que la lumière des tubes est encore étroite et régulière, qu'elles réunissent en un mot toutes les conditions possibles pour être prises pour ce qu'elles ne sont pas.

Il faut pratiquer l'examen sur des lambeaux enlevés profondément, comprenant même du muscle si cela est possible, et ne point se contenter d'examiner un fragment quelconque, mais de nombreux fragments, pris à divers points de la surface et qu'on peut monter plusieurs à la fois dans la paraffine pour économiser du temps. Alors seulement on sera sûr d'avoir éliminé la plupart des causes d'erreur, et ainsi que le disait notre respecté maître, M. le professeur Coyne, à la Société d'anatomie de Bordeaux (1), le diagnostic microscopique entre une métrite villeuse et un cancer pourra être posé avec certitude.

Nous devons rappeler, avant de terminer l'étude microscopique du cancer du corps utérin, que O. Pierning (2) et Gebhardt (3) ont signalé chacun un cas dans lequel l'épithélioma avait la structure non pas cylindrique mais pavimen-

---

(1) *Gazette hebdomad. des Sciences Méd.* de Bordeaux, 12 février 1892.

(2) O. Pierning. *Zeitschr. für Heilk*, vol. VIII.

(3) Gebhardt. *Centralblatt für Gynak.*, 1892, p. 49.

teuse. P. Delbet, qui rapporte ces faits, pense que l'épithélium normalement cylindrique de la cavité utérine était devenu pavimenteux après une métrite, comme il en a montré la possibilité, et qu'il avait donné lieu ainsi à la même forme anatomique de tumeur.

En résumé, si nous devions tirer une conclusion de ce chapitre d'anatomie pathologique, nous dirions qu'un seul caractère microscopique, facile à observer, nous paraît appartenir en propre à l'épithélioma : c'est la multiplicité des assises de cellules cylindriques tapissant la lumière des tubes glandulaires. C'est une donnée suffisante, malgré sa simplicité, pour porter un diagnostic exact, et qui non seulement légitime, mais indique la nécessité d'une intervention opératoire aussi rapide que possible.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

CHAPITRE III

SYMPTÔMES

Le cancer primitif du corps de l'utérus a, dans tous les auteurs, une symptomatologie bien étudiée mais qui se confond au début tout au moins avec celle de diverses affections utérines. Les métrites, les fibro-myomes, le cancer du col commencent comme lui, sont plus fréquents que lui, il n'est donc pas étonnant que des chirurgiens n'aient pensé souvent à la malignité et à la localisation exacte de la maladie que lorsqu'il était presque trop tard pour la soigner. Nous allons trouver en effet dans cette étude des symptômes, des hémorragies plus ou moins précoces, des écoulements séreux, fétides ou non, des douleurs tantôt vives, tantôt nulles, des cas dans lesquels la malade semblait jouir d'une excellente santé alors que la propagation était déjà considérable, à côté d'autres où malgré l'aspect cachectique, l'état précaire de toutes les fonctions générales, les douleurs intenses, la lésion était encore limitée et permettait l'espoir de la guérison. En un mot, rien d'absolument net, rien de spécial ne caractérise le cancer du corps. On a signalé cependant et nous les rappellerons avec soin, quelques particularités pouvant mettre sur la voie du diagnostic exact, en appelant l'attention du médecin et en éveillant dans son esprit l'idée de possibilité d'une affection maligne. Or, répéterons-nous avec M. Delbet, tout est là : l'examen microscopique se chargera de faire le reste.

Nous allons donc étudier de nouveau un à un, méthodique-

ment, les divers symptômes connus jusqu'à ce jour. Mais après avoir exposé combien ils sont variables et différents suivant les cas, sans qu'il nous soit possible d'en donner une explication, nous chercherons s'il n'est pas permis de grouper ensemble les observations analogues et d'établir ainsi l'existence de types cliniques différents, bien que l'affection reste la même.

1° Hémorrhagie.

C'est par un écoulement sanguin que se révèlent le plus grand nombre des cancers du corps de l'utérus, analogues ainsi aux affections malignes du col et au fibro-myome. De même que pour ces derniers cet écoulement n'est pas dû dès le début à l'ulcération de la tumeur mais bien aux modifications de la muqueuse (1). Il est donc nécessaire de distinguer deux ordres d'hémorrhagies : une hémorrhagie de début, due à la congestion causée par l'envahissement néoplasique; et une hémorrhagie plus lointaine, due à la rupture des capillaires par le sphacèle de leurs éléments constitutif. Le plus souvent, mais non toujours, l'une succède à l'autre.

Bisch (2) a essayé de démontrer dans sa thèse que c'était là le symptôme pouvant surtout aider à formuler un diagnostic précoce car il est celui qui manquait le plus rarement; il a eu raison : les observations, pour la plupart, relatent l'apparition d'hémorrhagies au début de l'histoire clinique. Il s'en faut de beaucoup toutefois que cela soit une règle. Sur les 84 cas que nous avons pu réunir et dans lesquels le premier symptôme d'apparition est net, l'hémorrhagie existe 62 fois et manque par conséquent 22 fois. On a ainsi un pourcentage égal à 73,82 pour ce début et à 26,18 pour les autres, beaucoup moins

(1) P. Delbet. *Loc. cit.*

(2) Bisch. Thèse citée.

élevé que celui établi par Valat d'après ses 34 observations et qui donne comme résultat : 88,35 et 11,65 p. 100.

Cette perte sanguine se montre le plus souvent avec abondance. Elle peut être cependant très variable, tantôt capable de transpercer plusieurs draps d'alèze, tantôt insignifiante. Suivant son âge la femme s'en inquiètera plus ou moins. Avant la ménopause, des règles un peu plus profuses que d'habitude n'attirent guère son attention; après, quand il y a peu de temps que la ménopause s'est établie, la femme, comme on l'a déjà souvent dit, regarde avec sérénité ce qu'elle croit être un retour vers la jeunesse; plus tard seulement elle ira en parler à son médecin. Il n'est pas rare en effet de voir cette hémorrhagie revêtir les caractères de celle des époques menstruelles. Au début, d'ordinaire, elle n'est pas continue : elle se montre pendant 4 à 5 jours (Obs. XXVII), 8 jours (Obs. I de Bisch); 2 fois par mois (Obs. XI de cette thèse, XXXIV de celle de Valat; XIII de celle de Bisch); elle est souvent signalée comme assez courte puis peu à peu la quantité et la fréquence augmentent, bien que la durée puisse rester stationnaire (Obs. XXVII), et la malade, très affaiblie, se plaint d'être continuellement « dans le sang ». On n'a plus alors affaire qu'à l'hémorrhagie produite par la désintégration de la tumeur, mais combien encore celle-là diffère suivant les cas. Quelquefois elle devient de plus en plus violente jusqu'à la mort; quelquefois elle s'arrête tout à coup et on ne la voit plus reparaître (Obs. XXV de Valat). Tantôt elle ne succède pas à celle de début, mais se montre inopinément à la période ultime; tantôt enfin l'hémorrhagie ne se produit jamais pendant toute la durée de la maladie.

Le sang peut avoir son aspect normal. Il se montre ou bien fortement coloré, tirant sur le noir, ressemblant à du bouillon épais (Obs. XXIII, de Valat); ou bien au contraire, et peut-

être plus souvent encore au début, l'écoulement est légèrement teinté, simplement rosé. Ce liquide sanguin est tantôt très fluide, tantôt mélangé à du pus; il n'est pas rare d'y trouver des caillots assez volumineux. Quand le sphacèle est arrivé, il entraîne avec lui des débris du néoplasme (râclure de boyaux) qui lui communiquent une odeur fétide. Mais alors le sang est toujours mélangé à un écoulement séreux que nous étudierons dans un instant.

Malgré tant de variabilité les hémorrhagies sont cependant le symptôme le plus constant et, dans plus des deux tiers des cas, le plus précoce. Des femmes ont déclaré en avoir depuis plusieurs années ; d'autres, et le plus grand nombre, ne sont venues à la visite que près d'un an après avoir remarqué ces pertes et (on nous reprochèra peut-être de pousser la statistique trop loin), sur le total des observations, la moyenne de temps écoulé entre l'apparition nouvelle du sang ou de la profusion des règles et le moment où cette observation a été prise, est de 19 mois.

Mais, on le voit, cette hémorrhagie ne présente dans son mode aucun caractère spécial, aucune différence avec la plupart des écoulements sanguins propres aux autres affections utérines. Pris isolément, ce symptôme ne peut suffire pour permettre de porter sans hésitation un diagnostic. Nous avons montré que l'âge de début de l'affection est moins élevé qu'on ne l'admet encore, et c'est là une nouvelle difficulté ajoutée aux autres. Le chirurgien n'a plus la ressource de l'âge pour distinguer l'hémorrhagie du cancer du corps de celle de la métrite de la ménopause, l'une doit très souvent continuer l'autre ; il ne peut même plus éliminer les tumeurs fibreuses pour pencher vers l'épithélioma puisque l'âge après lequel ces tumeurs ne se montrent plus n'est souvent pas encore arrivé. Et si l'on ajoute à cela la transformation que nous avons montrée possible

des fibromes et des myomes en tumeur maligne, il sera extrêmement difficile d'avoir une opinion quelconque d'après ce seul symptôme : l'hémorrhagie. Il sera indispensable de lui adjoindre non seulement et le plus tôt possible l'examen microscopique des débris enlevés par la curette tranchante, mais aussi les données apportées par les autres symptômes qui se montrent à ses côtés et dans l'étude desquels nous allons entrer.

2° Ecoulement séreux. — Hydrorrhée.

Dans la moitié des cas où une hémorrhagie ou une métrorrhagie n'a pas été le premier symptôme signalé dans les observations, on trouve à sa place l'apparition d'un écoulement de nature variable et mal déterminée, désigné en général sous le nom d'écoulement séreux.

M^lle^ Coutzarida (1) a consacré sa thèse à son étude et a voulu établir qu'il se montrait toujours tout à fait au début, qu'il était un symptôme prémonitoire du cancer du corps utérin. D'après elle, l'hydrorrhée est un écoulement de provenance utérine, d'aspect clair et limpide, à peine citrin, inodore, remarquable par sa richesse en albumine et pouvant être très abondant.

Il résulterait de la transsudation de la sérosité sanguine, favorisée à la fois par la congestion des vaisseaux de l'organe et l'infiltration des tissus de l'utérus par le néoplasme.

Ce symptôme précèderait de beaucoup tous les autres symptômes du cancer intra-utérin, et quand les hémorrhagies et les douleurs surviennent, cela indique, pour cet auteur, l'envahissement du col de l'organe et n'arrive ordinairement qu'à la

(1) M^lle^ Coutzarida : De l'hydrorrhée dans le cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

période ulcérative, alors que l'hydrorrhée a fait place à l'ichor cancéreux. Il ne serait précédé par les hémorrhagies qu'uniquement dans les cas de fibrome utérin subissant la dégénérescence cancéreuse et serait causé alors par ce travail même de dégénérescence.

Nous pensons que Mlle Coutzarida est allée trop loin et que si cet écoulement séreux existe au début, en effet, dans quelques cas, il est cependant loin d'avoir l'importance qu'elle lui attribue.

Nous venons de voir qu'on ne le trouve pas aussi souvent qu'elle l'a avancé, mais on ne peut affirmer cependant et malgré le manque de netteté de la description dans les observations qui en parlent, que le liquide séreux du début soit le même que le liquide séreux de la maladie déjà avancée.

Il semble, en effet, à la première période être plus limpide, moins odorant que plus tard. Dans une de nos observations (obs. IV), Kœberlé le désigne sous le nom de catarrhe séro-muqueux non fétide; dans plusieurs autres, il est noté comme pertes blanches, eau roussâtre, et ce n'est qu'à la seconde période qu'on trouve les noms de liquide séro-purulent (obs. XXXV), sanieux, d'odeur infecte.

Bouilly (1) ne serait pas loin d'admettre les idées de Mlle Coutzarida, car il dit : « L'écoulement subit d'une grande quantité de liquide clair n'appartient peut-être qu'à certaines variétés de cancer du corps, mais pour lui, « ce phénomène rare » coïnciderait plutôt avec certains fibromes exagérant les sécrétions et fermant les orifices du col, forcés à intervalles réguliers par le liquide emprisonné ».

Quoi qu'il en soit, ce symptôme ne doit pas être ignoré, car associé ou non aux douleurs, il peut remplacer complètement

(1) Cancer de l'utérus, son diagnostic précoce. *Semaine médicale*, 24 novembre 1886.

l'hémorrhagie non seulement au début mais même pendant toute l'évolution du néoplasme, ainsi que les observations rangées sous le titre de « type clinique non hémorrhagique » en sont des exemples.

Lorsqu'on ne tient plus compte du moment auquel on observe cet écoulement, on voit que, de même que pour le cancer du col, il est aussi constant que l'hémorrhagie. Dans 88 cas, son existence a été notée 50 fois et il n'a complètement fait défaut que 3 fois (obs. IX de Bisch, et III, XXIX de cette thèse). Mais certaines observations sont extrêmement écourtées et il est plus que probable que dans les 35 qui n'en font aucune mention il existait cependant quelquefois, et le pourcentage que nous pourrions établir sur ces nombres serait par conséquent erroné.

Son abondance varie dans de grandes proportions : tantôt la quantité de liquide écoulé en 24 heures est insignifiante, on la soupçonne plutôt qu'on ne la voit; tantôt elle est considérable, mouille 2 serviettes (obs. IX), 15 serviettes (obs. XXXIII de Valat), arrive à 500 gr. par jour (obs. XXIX du même).

Sa couleur, dont nous avons déjà parlé, se rapproche en général de celle du bouillon léger, un peu trouble, elle est jaunâtre, plus souvent roussâtre, quelquefois rosée par le peu de sang qui s'y trouve mélangé, d'autant plus foncée que le liquide contient davantage d'éléments en décomposition.

C'est à la présence de ces débris sphacélés qu'il faut probablement rapporter l'odeur infecte se dégageant de ces pertes séreuses et faisant de la présence de la malade un supplice pour son entourage.

Cette odeur semble en effet ne se montrer qu'un certain temps après le début de la tumeur maligne; l'écoulement met en général assez longtemps même à devenir fétide. Il est bien difficile d'évaluer à quel moment s'établit cette fétidité; elle

dépend évidemment de la rapidité de marche du processus néoplasique; mais il paraît ressortir des tableaux d'étude que nous avons dressés, que c'est bien rarement avant six mois et même un an à partir de l'apparition du premier symptôme. Quelquefois elle n'existe jamais, ou bien n'a plus le même caractère offensif pour l'odorat. On ne peut comparer cette odeur à aucune autre, elle est « *sui generis* » ; simplement fade ou désagréable dans le dernier cas que nous venons de citer, elle est accompagnée dans les autres des qualificatifs fétide, sanieuse, caractéristique, infecte qui la définissent sans la traduire. Dans une de nos observations (obs. XXXI), elle n'apparaissait que par moments.

Cet écoulement roussâtre se remarque surtout entre les périodes hémorrhagiques, on a même signalé une sorte d'alternance, de balancement entre ces deux symptômes. Cette alternance est-elle réelle? Nous l'ignorons, mais elle nous semble plutôt cependant factice : le liquide le moins coloré est à ce moment-là caché par celui qui l'est davantage, par le sang.

Enfin lorsque nous aurons rappelé après Edis (1) et Adrien Pozzi (2) que ces pertes séreuses sont très irritantes et amènent la formation d'excoriations sur les surfaces cutanées ou muqueuses qui en sont longtemps baignées, nous penserons avoir suffisamment montré quelle est l'importance de ce symptôme et combien il est précieux pour l'établissement du diagnostic.

3° Douleur.

Il est possible de commencer l'étude de la douleur comme nous avons commencé celle de l'écoulement séreux et de dire :

---

(1) Edis. *The British med. Journal*, mars 1886.

(2) Adrien Pozzi. Traitement du cancer de l'utérus. Thèse Paris, 1886.

la douleur est le symptôme marquant du début dans la moitié des cas qui ne présentent pas à cette période d'hémorrhagies. Elle peut être associée d'ailleurs aussi bien à celles-ci qu'aux pertes séreuses mais elle semble revêtir un caractère spécial lorsqu'elle est seule. Les observations XXXIII, XXXV, XXXVI de cette thèse et les observations XI, XXVI, XXVII de celle de Valat montrent en effet que les douleurs primitives arrivent subitement, surprenant la femme dans la meilleure santé, et sont d'une intensité extrême. Leur siège varie : elles sont quelquefois localisées à l'utérus, au bas-ventre, mais on les trouve plutôt irradiées dans les lombes et la région sacrée.

Porter (1) a bien fait remarquer ce mode de début du cancer quand il dit : « Des cas supposés de sciatique après la ménopause doivent être regardés avec défiance car ces douleurs ne sont souvent que le premier symptôme d'un épithélioma ».

Il faut remarquer en outre que ces douleurs primitives deviennent moins fortes en général à mesure que les autres symptômes apparaissent, différentes ainsi de celles qui n'arrivent que secondairement et augmentent alors d'intensité jusqu'à la fin.

La douleur prise à un moment quelconque de l'évolution du néoplasme est un symptôme assez constant. Sur 53 observations elle a existé 43 fois et ne s'est jamais montrée que dans 10 cas seulement.

On la voit arriver dans la majorité des observations lorsque la maladie est bien confirmée. Au commencement elle revêt la forme d'une lourdeur, quelquefois de coliques légères, causant plutôt une gêne qu'une souffrance. Puis son intensité augmente à mesure que le mal s'étend : elle est alors vive, violente, déchirante, intolérable.

Un caractère que Simpson a signalé le premier, et que

(1) Porter. *New-York medical journ.*, 1892, II, p. 680.

Pozzi (1) appelle « presque pathognomonique », est la production de crises à forme paroxystiques et se répétant à certains moments limités de la journée ou de la nuit. Godson (obs. XXXVII) parle d'une femme qui se plaignait surtout d'une douleur interne de la région utérine survenant régulièrement à dix heures du matin chaque jour et durant deux, trois, quatre heures.

Engelmann (2) avait une malade qui éprouvait par accès intenses des douleurs qu'elle comparait à celles du rhumatisme.

Une de nos observations parle d'une femme chez laquelle les douleurs revenaient à heures fixes (obs. XXX); deux autres (obs. IV et XII) signalent leur apparition par accès, et nous apportons encore trois cas plus précis : l'un (obs. XVII) dans lequel les douleurs commençaient à dix heures du matin, atteignaient leur maximum à midi et se terminaient vers quatre heures; un autre dans lequel la douleur revenait chaque jour de une à quatre heures; le dernier, emprunté à M. le Dr Weiss, de Nancy, dans lequel la douleur revenait, avec une périodicité parfaite, tous les deux jours vers sept heures du soir (obs. VI).

Si l'on ajoute à ces divers cas les deux que rapporte Simpson qui montrent également des crises douloureuses arrivant chez les malades à neuf heures du matin, durant tout le jour et disparaissant la nuit pour l'une, commençant à midi et finissant à sept heures pour l'autre, on ne peut s'empêcher de désirer que ce caractère soit plus souvent recherché, car il serait extrêmement important pour le diagnostic d'être bien fixé à son sujet.

---

(1) Pozzi. Traité de gynécologie, 1890, p. 429.

(2) Engelmann. Saint-Louis, *Courrier of medecine*, décembre 1881; traduct. in *Annales de gynécologie*, 1882, II, p. 144.

La localisation des douleurs dans le cancer primitif du corps n'offre rien de bien spécial. Ainsi que dans les autres affections utérines malignes ou non, elle se fait dans le bas-ventre, les aines, la région supérieure des cuisses, l'hypogastre, les fosses iliaques, sans affecter de préférence un siège plutôt qu'un autre. Une seule fois, dans l'observation que M. le professeur Lanelongue (de Bordeaux) a bien voulu nous communiquer, la malade localisait ses douleurs d'une façon spéciale : elle les avait, disait-elle, dans tous les os.

La pathogénie de ce symptôme est fort discutée encore. Hofmeier dit l'avoir observé surtout quand l'orifice du col est très étroit ou oblitéré. Il se ferait ainsi en arrière une rétention des sécrétions qui serait la cause des douleurs. Schröder (1) les rapporte à des contractions de la matrice pour expulser son contenu. Pozzi (2) ne partage pas cette idée et croit « qu'il s'agit de véritables névrites par propagation le long des nerfs de l'utérus désorganisé », et Broca, puis Cornil, ont en effet trouvé dans les nerfs avoisinant la tumeur des altérations assez nettes, bien qu'il n'y ait pas eu propagation directe cependant.

Toutes ces causes ont certainement une influence, mais il est nécessaire d'y joindre les tiraillements qu'exerce l'utérus sur les tissus voisins, lorsque ceux-ci ont été envahis et que des adhérences se sont faites, et les poussées de périmétrite et de péritonite locale ou généralisée qu'il n'est pas rare de voir signalées à la période ultime. Valat dit en effet que « lorsque l'évolution du mal s'est faite saus grandes douleurs, le néoplasme a toujours été trouvé limité à la cavité utérine ».

Si aucun des trois symptômes que nous venons d'étudier n'a

(1) Schröder, *loc. cit.*

(2) Pozzi, *loc. cit.*, p. 429.

un caractère vraiment spécial, leur réunion a la conséquence importante d'attirer vers l'utérus toute l'attention du chirurgien et de l'engager à pratiquer un examen local qui pourra beaucoup l'aider à dissiper ses doutes.

4° Signes physiques.

L'examen local comprend le toucher vaginal ou rectal, la palpation bimanuelle, l'examen au spéculum, le cathétérisme de la cavité utérine et sa dilatation.

Le toucher peut donner des indications précieuses. Il montrera tout d'abord que le col est sain ou paraît l'être. Ce col fermé tout à fait au début de l'affection ne tarde pas à s'entr'ouvrir et arrive dans certains cas à admettre facilement, même chez des vierges, la première phalange de l'index. Il est quelquefois un peu rénitent, dur même, mais il ne donne pas au doigt cette impression de masses mamelonnées plus ou moins friables et dont l'ongle peut enlever des débris, qui se constate lorsqu'il est atteint lui aussi de dégénérescence maligne. Il ne subit pour ainsi dire pas de modifications dans son volume, il est même assez rare de le trouver légèrement œdématié.

Le toucher peut montrer également, moins bien toutefois que la *palpation bimanuelle,* la situation de l'utérus, sa mobilité ou sa fixation, son augmentation de volume, l'état lisse ou bosselé de ses parois.

L'organe attiré par le poids de la tumeur qu'il supporte est fort souvent dévié, et cette déviation se fait surtout en arrière comme nous l'avons déjà vu. Il est encore fréquemment mobile, non fixé aux organes voisins, ce qui est d'un bon augure le plus souvent, car cela tend à prouver que la lésion est encore limitée. Si nous disons le plus souvent, c'est qu'en effet il est

des cas bizarres, et nous en rapportons un bien typique publié par M. Richelot, où, malgré la mobilité extrême de l'utérus, la facilité avec laquelle on pouvait déplacer le col et le corps en tous sens, il trouva à l'opération des adhérences partout, et fut obligé de la terminer en laissant dans le ventre la plus grande partie du mal. Faut-il en conclure à l'inutilité des renseignements fournis par le toucher et la palpation? Non; il faut seulement connaître ces cas pour ne pas être trop surpris quand on en rencontre d'analogues. Rien ne peut remplacer la palpation bimanuelle pour fournir des renseignements sur l'état des ganglions, le volume de l'utérus, la propagation aux organes voisins.

Le corps de l'utérus est d'une façon constante augmenté de volume. Il n'est pas allongé comme dans les fibromes; il est surtout élargi; il devient globuleux. Sa surface externe est beaucoup plus souvent lisse et unie que bosselée. Sa sensibilité est fréquemment portée à un point extrême et, chose importante, plusieurs de nos observations la limitent exactement au point d'implantation de la tumeur.

L'examen *au spéculum* ne fait guère que confirmer quelques-unes des données déjà acquises; il permet cependant de voir, dans la majorité des cas, un col non altéré ni dans sa forme ni dans sa couleur.

L'*hystérométrie* doit être pratiquée toutes les fois que l'écoulement sanguin pourra le permettre. Nous avons vu quelle épaisseur énorme prenaient en général les parois au début de l'affection. Si bien qu'avec un utérus quelquefois gros comme le poing, comme une tête de fœtus, la profondeur de la cavité utérine est à peine augmentée, normale même (obs. XII). Cette différence avec les cavités utérines atteintes de métrites ou portant un fibrome est fort intéressante et doit être toujours présente à l'esprit. Plus tard, il n'en est plus de même;

la paroi envahie s'amincit, devient friable et l'usage de l'hystéromètre ne doit se faire alors qu'avec de grandes précautions si on veut éviter une perforation de l'organe. Il ne faudrait pas cependant être trop épouvanté si un pareil accident arrivait. Des cas assez nombreux montrent qu'il n'est pas toujours suivi de complications graves. Nous croyons, malgré tout, qu'il est plus prudent de ne pas chercher à les contrôler.

Mais aussi bien au début qu'à la période déjà confirmée du néoplasme, le sondage de la cavité utérine au moyen de l'hystéromètre doit être pratiqué avec la plus rigoureuse asèptie et la légèreté de main la plus exquise. Les bourgeons épithéliomateux sont extrêmement friables; ils revêtent, nous l'avons vu, des capillaires à peine formés, en abondance considérable : une hémorrhagie grave peut se produire lorsque l'exploration est faite avec trop de rudesse. C'est l'instrument qui doit guider la main, et non l'inverse. Si l'extrémité du cathéter ne passe pas, ne pas insister, la masse fongueuse est là et le moindre mouvement peut causer la rupture des vaisseaux.

Quant à la dilatation de la cavité utérine, nous en parlerons surtout au chapitre du diagnostic dans lequel sa place est tout indiquée; et il ne nous reste plus qu'à étudier les symptômes généraux dont quelques-uns ont une certaine importance.

5° Symptômes généraux.

On ne peut se défendre d'un certain étonnement lorsqu'on voit quelle période de temps souvent considérable peut traverser une femme atteinte déjà de cancer intra utérin, en présentant tous les symptômes : hémorrhagie, douleur, écoulement séreux, fétidité même, sans que rien dans son aspect extérieur puisse trahir la gravité du mal qui va l'emporter. Au début, c'est une

règle presque absolue; le premier symptôme arrive brusquement, surprenant la femme dans la plus parfaite santé, et en général chez des sujets n'ayant jamais eu de maladie sérieuse. Pas de prodromes, pas de fièvre; rien. Puis, après quelque temps, l'affaiblissement des forces, l'anémie se montrent, mais leur époque d'apparition est extrêmement variable; c'est tantôt après quelques mois, tantôt seulement après une année. Il nous a semblé toutefois que la période de cachexie arrivait plus tôt chez les femmes qui avaient à subir de violentes douleurs que chez celles qui n'avaient que des hémorrhagies.

Les écoulements de sang finissent cependant par épuiser la malade. Les fonctions digestives sont les premières atteintes : l'appétit se perd, des vomissements plus ou moins persistants peuvent encore précipiter la marche. Alors l'amaigrissement devient extrême, la face, qui n'était que pâle et flétrie, prend cette coloration terreuse, jaune paille, spéciale au cancer.

De la constipation, des envies fréquente d'uriner sont causées par le poids de la tumeur qui appuie tantôt sur le rectum, tantôt sur la vessie augmentant encore les tourments de la malade. La cachexie devient de plus en plus complète, et la mort arrive dans le coma, sans réaction fébrile, à moins qu'une complication telle que la péritonite généralisée ne fasse hausser la température.

Enfin nous devons citer, pour rendre complète cette étude des symptômes du cancer intra-utérin, un travail que M. R. Coignet, interne des hôpitaux de Lyon, a fait paraître, il y a un an (1) sur les relations entre l'utérus et certaines dermatites. Il rapporte trois observations de cancer de l'utérus chez des malades à la dernière période qui jamais, pendant toute leur vie, n'avaient eu d'éruptions cutanées. Or, on voyait chez la

(1) R. Coignet. *Lyon médical*, 8 mai 1892.

première une dermatite herpétiforme très analogue à « l'herpes gestationis ». Chez la seconde, une éruption généralisée du type eczémateux. Et chez la troisième, une éruption sur les bras, les cuisses, les pieds, puis le ventre également du type eczémateux.

Ces éruptions avaient des alternatives d'amélioration. Or, comme M. Coignet n'a jamais vu sur 92 malades ayant des néoplasmes de la face, des membres ou des viscères, et dans l'état de cachexie le plus complet ce genre d'éruption, il pense que l'utérus est directement en cause. Il ne veut pas émettre une opinion ferme, mais il suppose que, dans le cancer, il est possible qu'il y ait ou simple irritation des nerfs utérins causant par voie réflexe ces affections; ou bien une véritable névrite infectieuse, car les lésions sont symétriques comme groupement et comme distribution, ce qui prouve que les nerfs sont intéressés.

Après avoir vu comment sont variables la plupart des symptômes du cancer primitif du corps de l'utérus, nous avons essayé de réunir toutes les observations analogues et dont la marche avait été sensiblement la même. Nous nous sommes aperçu alors qu'à côté du type classique de l'affection on pouvait en placer un autre, beaucoup plus rare il est vrai, mais qui cependant, se trouve encore assez souvent, puisque d'après nos tableaux on peut le rencontrer 15 fois sur 100 cas. Nous avons groupé quelques-unes des observations les plus nettes à la fin de ce travail et il sera ainsi facile de voir que ce qui caractérise ce type est surtout son mode de début et l'absence totale d'hémorrhagies.

Il existait donc deux formes différentes à notre avis, dans l'évolution de l'affection qui nous occupe.

Une forme déjà décrite, de type classique en un mot, dont la succession des symptômes est la suivante d'une façon synthétique :

Début par une hémorrhagie plus ou moins abondante qui devient de plus en plus fréquente et augmente toujours de quantité jusqu'à la fin.

Ecoulement séreux faisant suite à cette perte sanguine et prenant peu après son apparition une odeur horriblement fétide.

Douleurs survenant surtout dans la période terminale de l'affection, augmentant d'intensité et devenant par gradation intolérables.

Et une deuxième forme, bien moins fréquente et différant de la première parce que :

Le premier symptôme est toujours une douleur violente ayant dès le début toute son intensité, intensité qui diminue souvent ensuite.

L'écoulement séreux qui peut accompagner dès le début la douleur ou lui succéder n'a jamais la fétidité si constante dans les observations du type classique. Ou bien il n'a aucune odeur (Obs. XXXIII, XXXVI, XXXVII, XXXVIII), ou bien, et alors seulement en dernier lieu, il devient très légèrement odorant, jamais vraiment fétide.

Quant aux écoulements sanguins sous forme d'hémorrhagie, ils font absolument défaut pendant toute l'évolution de la maladie.

Cette deuxième forme paraît avoir, mais nous ne pouvons l'affirmer à cause de la petite quantité d'observations précises, une marche plus rapide que la première.

Nous n'avons certes pas la pensée de créer ainsi une affection nouvelle : ce n'est pas alors de cette façon légère, d'après quelques rares observations que l'on agit. Mais il nous a semblé que cette manière de grouper ensemble des cas qui se ressemblent tellement, frapperait davantage l'esprit de ceux qui nous

feront l'honneur de nous lire, et qu'ils pourraient plus facilement quelquefois remonter à la véritable cause de l'affection qu'ils auront à soigner. Ils penseront qu'à côté du type classique de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus, il est possible d'en rencontrer un autre : *le type douloureux, non hémorrhagique.*

CHAPITRE IV

MARCHE — PROPAGATION — PRONOSTIC

CHAPITRE IV

MARCHE — PROPAGATION — PRONOSTIC

L'étude précédente des symptômes a montré combien le cancer du corps s'installait le plus souvent d'une façon insidieuse. Lorsqu'il arrive après la ménopause et qu'il débute par un écoulement sanguin, il est assez facile de suivre pas à pas sa marche progressive et de voir quelle est sa durée. Il n'en est plus de même lorsqu'il débute avant cette période de la vie génitale, et surtout quand il fait suite à une métrite hémorrhagique. Enfin, son véritable début devient quelquefois impossible à préciser et Emmet, Byrne, Coë (1) ont fait paraître des cas se rapportant à des femmes qui jamais n'avaient éprouvé la moindre douleur, n'avaient jamais eu d'hémorrhagie, jamais aucun écoulement odorant, et ne présentaient aucun symptôme de cachexie : la maladie avait été reconnue par hasard à la suite d'un curetage. Ces cas sont toutefois si rares qu'il est permis de ne pas en tenir compte dans un calcul statistique; on ne peut d'ailleurs agir autrement.

Il existe deux façons d'évaluer la durée moyenne de la maladie. L'une, qui est la seule exacte, est de ne tenir compte que des observations se terminant par la mort; l'autre est de rechercher le temps écoulé entre l'apparition du premier symptôme et la date de l'opération quand elle a été pratiquée.

---

(1) Coë. New-York obstetrical Society, novembre 1888.

Pichot (1) donne comme durée moyenne générale, sans faire cette distinction, de 20 à 24 mois.

Valat trouve chez les malades non opérées et ayant succombé aux progrès du mal, une durée de 33 mois 4; et comme temps écoulé entre le début du cancer et l'opération chez les malades opérées, 31 mois 4.

Bisch et Delbet rapportent ces chiffres sans en donner de personnels.

Employant toujours la même méthode, nous avons réuni la statistique de Valat à celle qu'il nous était possible de construire nous-même, d'après les observations éparses que nous avons trouvées. Nous sommes arrivé ainsi à un total de 128 femmes dont 54 étaient mortes emportées par les progrès d'un cancer devenu inopérable et dont 74 avaient subi l'hystérectomie ou la laparotomie.

Nous avons alors trouvé une moyenne un peu différente de celle que Valat a rapportée, car elle ne se monte qu'à 27 mois 1, c'est à-dire 2 ans et 4 mois pour la première série de femmes, et seulement à 16 mois 45, environ un an et 5 mois pour la seconde.

Le cancer du corps utérin a toutefois une marche beaucoup plus lente que celle du cancer du col, car Lebert (2) fixe cette dernière à 16 mois, West à 17 et Gusserow à 12. Mais, comme toujours, il existe des cas particuliers ayant une allure bien spéciale et dont la durée est tantôt très courte, tantôt considérable. Dans notre observation XXXV, la mort est arrivée trois mois à peine et en pleine cachexie, après le premier symptôme (nous ferons remarquer qu'elle appartient au type douloureux non hémorrhagique); tandis que dans l'observation XXX de

---

(1) Pichot. Thèse citée.

(2) Lebert. Traité des maladies cancéreuses, 1851.

Valat la malade n'est morte qu'au bout de quatre ans. Il semble, dans cette localisation cancéreuse à l'utérus comme dans celles qui se font dans les autres organes, que la marche soit d'autant plus rapide que la femme atteinte est plus jeune.

L'épithélioma primitif du corps reste beaucoup plus longtemps limité à ce segment de l'organe que celui du col. Nous avons déjà montré, au chapitre de l'anatomie pathologique, que cette propagation tardive peut se rapporter à la fois à l'épaisseur des parois de l'organe, à leur dureté et probablement surtout à la lenteur de la circulation lymphatique à travers les lacs innombrables que le courant trouve sur sa route. Il ne faudrait pas croire cependant que cet envahissement des organes voisins ne se fasse jamais. Il n'y aurait alors aucun cas inopérable et ceux-ci, on le sait, ne sont malheureusement que trop nombreux.

La dégénérescence néoplasique peut à travers l'*ostium uterinum* envahir les trompes (obs. III de Valat), elle peut pousser jusqu'à l'ovaire en suivant cette voie, et bien qu'il n'y ait eu aucun travail spécial publié encore sur cette propagation du cancer du corps à l'ovaire, le nombre des observations augmente de jour en jour et permettra avant peu de le faire. Caron (1) dans sa thèse sur un relevé de 51 observations de cancer utérin, ne l'a trouvé qu'une fois, et cependant Ménétrier, Pichot, en avaient déjà cité chacun un cas, et on trouvera à la fin de ce travail quatre autres exemples de cette complication (obs. XXXII, XV, XXXI, XXXV). Dans plusieurs il y a eu même production d'un kyste secondaire à marche rapide.

Les ganglions sont souvent pris, toute la chaîne lombaire peut former une masse dure comprimant les nerfs, écrasant

(1) Caron. Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

les vaisseaux, causant ainsi des thromboses, des embolies souvent lointaines, de l'œdème des membres inférieurs, leur sphacèle et des cas de phlegmatia alba dolens analogues aux deux que Trousseau a cités le premier dans ses cliniques, et qu'on regardait depuis longtemps avant lui comme propres aux accouchées.

La vessie, le rectum, sont trop rapprochés de l'organe pour ne pas être souvent envahis. Ils adhèrent alors à l'utérus et finissent par ne plus pouvoir être séparés de ses parois. Il en est de même des anses intestinales; mais alors le toucher, la palpation bimanuelle, peuvent dans quelques cas semblables à celui dont notre observation XXXI rapporte l'histoire, tromper étrangement dans leurs indications. L'intestin adhère bien à l'utérus, on ne pourra isoler l'un de l'autre, mais c'est seulement une portion limitée de l'intestin. Aussi la mobilité existera-t-elle, la main abdominale ne sentira rien d'anormal à travers la paroi déprimée et cependant le cancer sera inopérable. Ajoutons vite que c'est une exception extrêmement rare.

Les uretères, les vaisseaux sanguins ont aussi été trouvés envahis par le néoplasme, mais la propagation à coup sûr la plus fréquente et on peut la prévoir *a priori,* c'est celle qui se fait de l'utérus au péritoine.

Tantôt la péritonite est généralisée, elle est consécutive à la perforation du fond ou de la paroi postérieure de l'utérus par les progrès du cancer. On a vu que cette perforation se montrait le plus souvent lorsque la tumeur affectait la forme nodulaire, circonscrite, qui tend à se propager en profondeur et non en surface. Courty (1) en avait déjà vu deux cas bien nets et il les rapporte dans son ouvrage.

La péritonite se fait aussi par la voie lymphatique; c'est par

(1) Courty. Traité des maladies de l'utérus, 1880.

les ligaments larges que passent la moitié des lymphatiques de l'utérus; mais que cet envahissement du péritoine, causant la mort à brève échéance, se fasse suivant l'un ou l'autre de ces modes, on ne peut nier qu'il soit bien moins fréquent que lorsque le cancer est localisé dans le col.

L'inflammation de la séreuse est plus souvent circonscrite et partielle. On est encore peu fixé sur sa cause quand elle est ainsi localisée. Y a-t-il infection secondaire en un point? y a-t-il simple réaction inflammatoire? Nous ne pouvons le dire, mais c'est à cette forme de péritonite que sont dues les adhérences multiples, unissant quelquefois ensemble tous les organes du petit bassin, et les douleurs de la période terminale de la maladie, si violentes ainsi que nous l'avons vu.

Enfin, par une véritable généralisation probablement plutôt que par propagation directe, on a trouvé des noyaux cancéreux dans les plèvres, le poumon (1), le foie et même le rein.

Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur ces cas, Chotin (2) les a longuement traités dans sa thèse et nous ne pourrions que répéter cet auteur.

Les causes de la mort ne sont pas toujours indiquées dans les observations, aussi ne pouvons-nous baser notre calcul que sur 18 cas.

Six malades sont mortes de cachexie, quatre de péritonite généralisée; trois ont succombé à la suite d'hémorrhagies abondantes et deux, d'après la rédaction même de l'observation, n'ont pu résister aux douleurs atroces qu'elles supportaient. Les quatre derniers cas de mort ont été causés par des mécanismes moins locaux, car on trouve: une fois par paralysie intestinale, une fois par le sphacèle de la jambe dû à la com-

---

(1) Mlle Klumke. Bull. de la Soc. anat., 1887.

(2) Chotin. Thèse de Lille, 1881.

pression des vaisseaux iliaques par la tumeur, une fois par embolie, et une fois la malade est morte de faim, l'estomac étant comprimé par le néoplasme (obs. XXXII).

Pronostic. — La gravité extrême du pronostic découle de l'étude que nous venons de faire : le cancer du corps est une maladie qui ne rétrograde jamais. Un peu plus lent dans son évolution que le cancer du col, il n'est pas moins grave que lui, car ce n'est pas quelques mois de plus dans sa durée qui peuvent permettre de le considérer comme moins fatal. Une intervention opératoire faite dès le début, largement, offre seule quelque chance de retarder la mort de la malade; quant à la guérison complète et durable, il faut l'espérer mais ne jamais la promettre.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous nous inquiéterons surtout dans ce chapitre du diagnostic précoce du cancer du corps utérin, c'est le plus important à établir, car celui des dernières périodes, ainsi que nous le verrons, arrive presque à s'imposer de lui-même.

Les quelques notions apportées dans les chapitres précédents, soit celui de l'étiologie, soit celui des symptômes, vont nous permettre de dire : quand une femme, ayant plus de trente-cinq ans, vient se faire traiter pour une affection utérine, il ne faut jamais oublier la possibilité d'un cancer du corps. On commencera peut-être par rechercher les affections plus fréquentes, la métrite, les myomes et les fibro-myomes, les simples polypes muqueux, mais si la conviction n'est pas entière, si quelque doute subsiste encore après l'examen, il est nécessaire sans hésiter de pratiquer le plus rapidement possible un curetage sérieux, profond, suivi de l'étude microscopique des débris. C'est seulement ainsi que le diagnostic sera posé d'une façon certaine et vraiment précoce.

Les signes physiques, l'analyse minutieuse des symptômes ne peuvent le plus souvent qu'éveiller dans l'esprit du chirurgien une probabilité de tumeur maligne; ce n'est que trop tard qu'ils amèneront une conviction. Le cancer de l'utérus est sans conteste une des deux ou trois affections les plus graves des organes génitaux de la femme. Il nous semble que cette gravité même, cette impuissance si rapide dans laquelle on se trouve pour le soigner avec un espoir de guérison, devrait

complètement changer la méthode de diagnostic employée d'habitude. On ne pense au cancer que lorsqu'on a éliminé une à une forcément, presque à regret et en cherchant à se faire illusion le plus longtemps possible, les autres affections utérines (obs. XXV). La méthode est rationnelle puisque ces affections sont plus fréquentes, mais elle est dangereuse. C'est le cancer, à notre avis, qu'il est nécessaire d'éliminer en premier. Pendant ces jours de doute, le néoplasme fait des progrès et plus l'indécision est longue, plus l'opération sera grave, plus la récidive sera fatale. Une semaine, un mois c'est peu de chose dans l'évolution d'une métrite : il est possible de rattraper le temps perdu. Cela ne l'est jamais pour le cancer, et en le recherchant dès le début, le praticien se sera mis à l'abri de toute attaque, et sa conscience ne lui reprochera pas d'avoir perdu des jours précieux.

N'avons-nous pas vu combien les symptômes de début étaient peu spéciaux? Des ménorrhagies non toujours abondantes, sans caractère distinctif; un écoulement séreux analogue quelquefois à des pertes blanches simples; des douleurs, souvent bien typiques cependant par leurs accès, mais d'autres fois ayant simulé celles de nature rhumatismale; des cas analogues à celui de notre observation XVII que le médecin avait traité pour une affection intestinale alors qu'il existait réellement un cancer; voilà des raisons qui plaident en faveur d'une dilatation précoce, d'une exploration digitale attentive de la cavité utérine, d'un curetage immédiat, au moindre doute sur la cause réelle de la maladie. L'âge lui-même n'a pas l'importance qu'on lui attribue, et ces femmes qu'on regardait comme atteintes de tout autre chose, parce qu'elles n'étaient pas assez vieilles, mouraient misérablement d'un néoplasme malin devenu inopérable le jour où on se décidait à faire un examen microscopique.

Il est bien évident que nous ne parlons ici que des cas douteux; dans ceux pour lesquels le diagnostic de lésion bénigne s'impose, il n'est point nécessaire d'employer cette méthode toujours uu peu inquiétante dans l'esprit de la malade.

Quelle est donc la marche à suivre que nous serions porté à indiquer pour arriver le plus sûrement à un diagnostic à la fois précoce et certain de l'épithélioma du corps de l'utérus? Un exemple pris parmi les cas difficiles va nous servir à répondre.

Une femme se présente en se plaignant d'avoir depuis six mois, trois mois, quelques semaines, des règles plus prolongées que d'habitude, ou bien des douleurs violentes accompagnées ou non de pertes blanches. L'attention est aussitôt portée du côté de l'utérus. La malade est encore jeune, 45 ans environ, la ménopause ne s'est pas faite; il est probable que nous avons affaire à une simple métrite. Un polype, un fibrome sous-muqueux ne reste pas ainsi silencieux pendant toute la vie génitale de la femme pour n'avoir jamais attiré jusqu'à cet âge son attention ; cela est cependant possible; mais avant de les rechercher, songeons tout de suite au cancer, c'est l'affection la plus grave ; nous n'en serons que plus heureux si ce n'est vraiment pas d'elle qu'il s'agit.

Mais voici qu'à nos questions méthodiquement posées la malade répond être en effet de souche arthritique, il y a peut-être même un cas de cancer dans sa famille; sa vie génitale comporte des règles abondantes quoique régulières, trop abondantes souvent; elle a eu plusieurs grossesses suivies d'accouchements normaux ou de fausses couches; il est possible de trouver dans sa vie antérieure des chagrins plus ou moins prolongés. Actuellement aucun symptôme n'a vraiment les caractères de ceux du cancer. Les règles sont profuses, mais n'ont pourtant jamais revêtu la forme de véritables hémorrha-

gies ; l'odeur n'existe pas, ne s'est jamais montrée ; et il a été nécessaire d'insister à ce sujet, longuement, la femme étant de celles pour lesquelles les soins de toilette ne sont pas inconnus et qui ont quelque souci de leur propreté. La douleur (à moins que nous n'ayons affaire à une forme du type douloureux) n'a rien encore de caractéristique.

Au toucher on trouve un col sain, de volume normal. Sa consistance n'est pas altérée, il ne présente pas de bosselures, ni de masses friables, dont l'ongle peut ramener des débris : ce n'est pas un cancer du col, nous en sommes certain après l'examen au spéculum.

Au palper bimanuel, au toucher rectal, on trouve un utérus plus gros qu'il ne devrait l'être ; sa surface extérieure est lisse, mais paraît assez consistante ; il est mobile, les culs-de-sac sont libres et souples, mais un point de ses parois est douloureux, chose importante, car, nous l'avons vu au chapitre des symptômes, cette sensibilité correspondait plusieurs fois exactement au point d'implantation d'un épithélioma. Les ganglions ne sont pas pris.

L'hystérométrie, pratiquée avec la plus grande prudence, ne donne, malgré le volume de l'organe, qu'une profondeur à peu près normale.

Toutes ces indications n'ont rien de bien caractéristique, mais suffisent cependant, malgré l'excellent état général que présente la femme, pour lui indiquer la nécessité d'un curetage explorateur dès les jours suivants.

Comme il sera indispensable de pratiquer d'abord la dilatation du conduit intra-utérin, on en profitera pour s'assurer par le doigt et même par l'œil qu'on ne fait pas fausse route et qu'il n'y a rien de suffisamment précis pour éliminer dès alors le cancer.

Cette dilatation peut se faire de deux façons différentes que

nous rappellerons sans y insister plus qu'il ne convient, puisque Veper (1) a fort bien étudié dans sa thèse cette question importante.

On peut utiliser la méthode rapide soit à l'aide des bougies d'Hégar, soit à l'aide des dilatateurs de Collin, de Sims, etc. Mais il nous semble qu'on ne doit faire la dilatation de cette manière que lorsque sa nécessité s'impose. Armand Routh, Duncan, Williams, dans une discussion encore récente à la Société médicale de Londres (2), ont bien montré que, sans parler d'une perforation possible, cette méthode causait souvent de la fièvre consécutive, malgré la plus rigoureuse antisepsie, et était capable de donner lieu inutilement à des hémorrhagies.

La méthode de dilatation lente, plus sûre et aussi plus physiologique, doit être plutôt employée. On peut utiliser à son goût les tiges de laminaire, l'éponge iodoformée préparée (procédé Porak-Doléris); on peut, ainsi que le fait M. Vulliet, bourrer l'utérus de petits tampons de gaze iodoformée. Tous ces moyens sont peu douloureux, ne s'accompagnent jamais d'accidents lorsqu'ils sont associés aux précautions antiseptiques d'usage, et donnent assez rapidement une dilatation suffisante pour explorer avec le doigt l'intérieur de la cavité et même, à l'aide d'un faisceau lumineux projeté dans l'axe du spéculum, contrôler par la vue ce que l'index a découvert.

On pourra éliminer ou accepter à ce moment l'idée d'un polype muqueux : le pédicule très grêle, la consistance mollasse, n'ont que des rapports lointains avec un épithélioma commençant.

Il n'en est pas de même pour la métrite glandulaire : la sen-

---

(1) Veper. De la dilatation artificielle de l'utérus. Thèse de Paris, 1887.

(2) *British medical journal*, 2 avril 1892.

sation de velours d'Utrecht que Demarquay (1) a signalée comme étant propre à l'épithélioma n'a rien de caractéristique lorsqu'il est à son début.

La vue pourra bien donner quelques renseignements sur la coloration de la muqueuse, mais ces renseignements sont insuffisants toutefois pour assurer le diagnostic.

Ce qu'il faut alors faire séance tenante c'est un curetage profond, allant jusqu'au muscle, enlevant même des parcelles et portant sur toute la cavité. N'oublions pas que cette façon de pratiquer le curetage ne doit être absolument employée que lorsque les parois utérines n'ont pas encore été affaiblies par l'envahissement du cancer, nous montrerons plus tard qu'il faut agir tout autrement lorsque l'utérus est devenu mou et friable. Mais nous avons vu à l'anatomie pathologique combien de fois le diagnostic microscopique avait été faussé ou incertain parce qu'on n'avait enlevé que la surface de la muqueuse. C'est une cause d'erreur à éviter.

« Les fragments de tissus provenant du curage seront d'abord débarrassés des caillots sous un filet d'eau, on choisira les plus épais et on les plongera dans de l'alcool à 90° (50 grammes environ pour un centimètre cube de tissu), en ayant soin de les maintenir à la partie supérieure du liquide avec un peu d'étoupe introduite au fond du flacon. Au bout de trois à quatre heures on peut au besoin couper des fragments de deux à trois millimètres d'épaisseur, mais il vaut mieux, comme le conseille M. Cornil, monter tous les fragments sur le même bouchon avec la paraffine, la celloïdine, ou le collodion et procéder aux coupes après le même laps de temps.

» La coloration facile à l'aide du picro-carmin suffit » (Paul Petit) (2).

---

(1) Demarquay. Traité clinique des maladies de l'utérus, 1876.

(2) Transcrit dans les *Nouvelles Archives d'obst. et de gynécol.*, 1889, p. 305.

L'examen de ces coupes à un grossissement suffisant (objectif 4 et oculaire 1 de Vérick), montrera aussitôt le nombre des couches de cellules tapissant les tubes glandulaires et le diagnostic s'imposera.

Y a-t-il seulement une unique assise de cellules, les glandes respectent-elles la limite tracée par le muscle? Multiplions les coupes, pratiquons-les sur des lambeaux d'origine différente; agissons en un mot comme si nous regrettions de ne pas trouver du cancer. Mais, si partout le même aspect se présente, s'il est possible de retrouver les quelques autres signes : cils vibratiles, cellules plates de revêtement, etc., que nous avons étudiées, concluons à la simple métrite et ne regrettons rien : le curetage est un des meilleurs traitements de cette affection.

Mais si, au contraire, nous avons eu vraiment affaire à un début d'affection maligne, localisé même encore en un seul point de la muqueuse comme dans notre observation XXV, combien nous féliciterons-nous de n'avoir pas perdu de temps à attendre les écoulements fétides, les hémorrhagies rebelles à tous les traitements, l'amaigrissement, les douleurs causées par les progrès du mal. Nous serons fixés, nous pourrons parler à la malade de la nécessité absolue d'une intervention opératoire rapide, et en attendant qu'elle s'y soit décidée nous penserons que le curetage déjà pratiqué est non seulement, nous allons le voir, le plus sûr des traitements palliatifs du cancer, mais qu'en même temps il contribuera, dans une large mesure, à assurer l'antisepsie pendant le cours de l'opération prochaine.

Il est bien certain que cette façon de poser le diagnostic n'a point l'élégance de celle qui consiste à le formuler tout d'abord et de ne faire que le confirmer ensuite par l'examen microscopique. Mais lorsqu'il s'agit de cancer, a-t-on vraiment le droit

de ne pas employer les moyens qui mènent le plus vite au but, le droit de compromettre le résultat d'une opération pour une si mince satisfaction personnelle?

Nous avons envisagé là l'épithélioma du corps à son début; dans une période plus avancée, l'hésitation ne sera plus la même. La fétidité de l'écoulement, les douleurs revenant par crises, à certaines heures, les troubles digestifs, la couleur du teint, la possibilité d'affections cutanées, l'entrebâillement du col qui permettra, sans dilatation préalable, d'explorer avec le doigt la cavité utérine, la présence de fongosités sphacélées, de végétations dont l'ongle peut ramener des parcelles, tous ces symptômes joints aux renseigements fournis par les antécédents héréditaires et personnels qu'il faut se garder d'oublier, auront tôt fait de faire porter sans erreur probable le diagnostic de tumeur maligne.

Un fibrome sous-muqueux n'a pas en général cette marche. S'il débute, il causera bien des hémorrhagies et des douleurs, mais ces douleurs sont spéciales, elles revêtent la forme de coliques, elles sont analogues à celles de l'accouchement, car elles sont dues en effet aux contractions de l'utérus cherchant à se débarrasser du corps étranger qu'il contient. Le palper montrera une augmentation de volume considérable, mais l'hystéromètre indiquera en même temps une profondeur analogue puisque les parois sont peu épaissies. Le toucher intra-utérin mettra toujours à l'abri d'une erreur en faisant reconnaître au doigt une tumeur arrondie, lisse, dure, facilement énucléable lorsque son volume est encore faible.

Il existe enfin une autre affection dont nous n'avons pas encore parlé : le sarcome de l'utérus. Cette affection, relativement rare, est jusqu'à aujourd'hui assez mal connue. Les symptômes par lesquels elle se signale dans les observations qui en rapportent des cas, sont identiques à ceux de l'épithé-

lioma du corps. Ils se montrent cependant chez des femmes plus jeunes en moyenne que celles atteintes de cancer. Les douleurs sont peut-être à la fois plus précoces et moins vives (Doléris) (1), mais les hémorrhagies sont les mêmes, l'écoulement séreux a la même fétidité, la même couleur roussâtre, et bien que la marche soit plus rapide, ces caractères sont insuffisants, les différences trop peu tranchées pour rendre possible le diagnostic différentiel. Ici encore, c'est au microscope qu'il est nécessaire d'avoir recours; et les cellules rondes, petites dans le sarcome encéphaloïde; fusiformes contenant parmi elles des vaisseaux sans parois propres dans le sarcome fasciculé, dénoteront à quelle espèce de tumeur on a affaire. D'ailleurs, si le diagnostic entre le sarcome et l'épithélioma peut être intéressant à rechercher au point de vue scientifique d'après les seuls signes cliniques, il n'en est plus de même au point de vue simplement pratique puisqu'ils comportent la même indication opératoire : l'hystérectomie.

---

(1) Doléris. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 276.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il n'y a que deux traitements chirurgicaux de l'affection qui nous occupe : l'hystérectomie et le curetage.

Le seul traitement applicable à un cancer primitif du corps de l'utérus, alors qu'il est encore à sa période de début, est l'hystérectomie. Dans ce chapitre nous devrions donc étudier de près la technique de cette opération. Nous ne le ferons cependant pas, et voici pourquoi : nous avons intitulé cette thèse « Contribution à l'étude clinique », et ce serait sortir du cadre que nous tracent ces derniers mots que de préciser les règles et la marche à suivre pour pratiquer l'ablation de l'utérus cancéreux. En outre, la raison est peut-être meilleure encore, c'est que dans ces dernières années des auteurs nombreux ont publié des travaux spéciaux remarquables et celui que nous produirions à notre tour ne pourrait en être, malgré toute notre bonne volonté, qu'un pâle reflet, qu'une simple copie plus ou moins bien dissimulée. Nous nous contenterons donc de renvoyer à leur lecture (1), et si nous parlons des

---

(1) Consulter à ce sujet :

A. Demons. De l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale. *Archives de médecine*, septembre 1883 et *Revue de chirurgie*, 10 août 1884.

Bœkel. Bulletin de la Société de chirurgie, 4 juin 1884.

J. Doche. De l'extirpation totale de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

De Madec. Cancer de l'utérus. Traitement par l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris, 1886.

Gomet. De l'hystérectomie vaginale en France. Thèse de Paris, 1886.

diverses méthodes employées, ce ne sera qu'au point de vue du choix à faire, d'après les symptômes cliniques.

Il ne pourra en être de même pour l'étude des indications ou des contre-indications opératoires, et dans ce dernier cas, du traitement simplement palliatif. Mais ici encore nous n'apporterons rien de nouveau, rien d'original, et nous ne saurons que rappeler brièvement à la mémoire des notions déjà acquises. Tout est dit, la thèse magistrale d'Adrien Pozzi a pour le moment épuisé la question.

La condition nécessaire, absolue, admise par tous les auteurs pour pratiquer l'hystérectomie avec quelque chance de guérison un peu durable, est l'intégrité complète de tous les organes voisins de l'utérus et la mobilité entière de l'utérus lui-même. Que le cancer siège dans le col ou dans le corps la règle est la même : il faut agir aussi tôt que possible, avant que la dégénérescence n'ait franchi les parois de l'organe. S'il n'en est pas ainsi, le bénéfice de cette intervention n'est plus suffisant pour compenser ses dangers et l'on ne doit recourir qu'aux traitements purement palliatifs.

Il est donc indispensable, avant de parler à la malade d'une

Samuel Pozzi. Indication et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer. *Annales de gynécologie*, août et septembre 1888.

Adrien Pozzi. Traitement du cancer de l'utérus en dehors de la grossesse. Thèse de Paris, 1888.

L. Secheyron. Traité de l'hystérotomie et de l'hystérectomie, 1888.

Albertin. Des méthodes de cure radicale du cancer utérin. *Province médicale*, 1889.

Uspenski. Extirpation de l'utérus par la méthode de Freund. *Zeit. für gebürt. und gynak.*, 1889.

Barraud. Hystérectomie vaginale dans le cancer du col de l'utérus. Thèse de Paris, 1889.

Richelot. De l'hystérectomie vaginale. *Union médicale*, novembre 1891.

Bisch. Thèse de Lyon, 1891.

Tornu. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Thèse de Bordeaux, 1893.

telle opération, de procéder à un examen attentif, méticuleux, de toute la région, capable de fournir des renseignements exacts.

Le toucher vaginal et rectal, la palpation bimanuelle, les tentatives d'abaissement de l'utérus jusqu'à la vulve à l'aide d'une pince de Museux vont être encore les moyens les plus sûrs d'arriver à ce but. On endormira la malade pour avoir toute sa liberté d'action.

Le toucher vaginal montrera si les culs-de-sac latéraux sont ou non envahis : souples, facilement dépressibles s'ils sont sains ; durs et empâtés dans le cas contraire.

La mobilité de l'utérus est le signe le plus important à rechercher. La palpation bimanuelle sera utilisée, elle imprimera à l'utérus des mouvements qui devront se faire avec facilité, sans employer aucune force. Mais il vaudra encore mieux attirer l'utérus jusqu'à la vulve, après avoir largement ouvert le vagin à l'aide des écarteurs de Sims, en saisissant le col avec une pince de Museux. Si l'utérus vient aisément, s'il donne à la main qui l'attire cette sensation comparée par A. Pozzi à celle d'un corps flottant dans un liquide, il y a tout lieu de bien augurer de l'intervention opératoire. Si l'utérus est fixé au contraire, s'il n'obéit à la traction qu'avec peine, on doit conclure à des adhérences.

Ces adhérences, il est vrai, ne sont pas toujours causées par l'infiltration cancéreuse. Elles peuvent résulter d'une ancienne inflammation pelvienne, et il sera nécessaire, pour pouvoir les faire remonter à leur véritable cause, de questionner la malade sur ses antécédents génitaux. Bien que le diagnostic exact de cette cause soit le plus souvent difficile, il sera permis d'être plus audacieux lorsqu'on retrouvera dans la vie antérieure de la femme une salpingite, une ancienne pelvi-péritonite. D'ailleurs, lorsqu'il n'existe pas d'autres signes d'envahissement,

on ne peut refuser à cette patiente le bénéfice possible d'une intervention.

C'est la recherche de ces signes qui nous semble ne pas avoir été suffisamment faite dans notre observation XXXI. L'utérus était mobile, paraissait libre de toute adhérence, le rectum, la vessie fonctionnaient parfaitement. On fait l'opération et on trouve de tous côtés, et en particulier dans le cul-de-sac de Douglas, une nappe indurée de tissus cancéreux allant se perdre sous le péritoine. Il est bien certain qu'on se serait aperçu plus tôt de cette généralisation néoplasique si l'on avait pratiqué le toucher rectal dont il n'est fait aucune mention.

Le toucher rectal simple, uni-digital ne donne pas il est vrai tous les renseignements qu'on pourrait désirer. Le doigt atteint à peine la base du cul-de-sac péritonéal recto-utérin et pas du tout les ganglions lombaires. C'est peut-être pour cette raison que A. Pozzi n'a pas entièrement rejeté le toucher rectal suivant la méthode de Simon, avec introduction de la main tout entière à travers l'anus dilaté. Ce procédé nous paraît cependant offrir non seulement des inconvénients mais des dangers. Des indurations de voisinages peuvent empêcher la main de pénétrer; si l'on insiste, on peut déchirer des tissus déjà friables, l'intestin lui-même; la méthode est violente, brutale et il est toujours possible d'être fixé sur l'état des ganglions et des lymphatiques lombaires en allant les chercher à travers la paroi abdominale fortement déprimée.

Les ganglions pelviens latéraux peuvent bien être sentis par le procédé de Schrœder : un doigt dans le vagin, un doigt dans le rectum, il fait abaisser l'utérus par un aide et il a ainsi des notions sur l'état des ganglions des ligaments larges qui glissent entre ses deux doigts. Mais Poirier, comme nous l'avons vu, a bien montré que plus de la moitié des lymphatiques du corps et du fond de l'utérus se rendent aux ganglions lombaires.

Nous cherchons vainement une autre manière d'arriver jusqu'à eux à la fois plus simple et moins dangereuse qu'en déprimant l'abdomen. La malade a été supposée chloroformisée, si l'on tient à éviter tout déboire ultérieur, c'est donc le moment d'en profiter.

Mais on n'a trouvé aucune propagation, tout semble sain autour de l'utérus, quelle méthode va-t-on choisir pour l'enlever?

Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'organe est relativement peu augmenté de volume, ou bien fortement hypertrophié il ne passera que péniblement par la filière pelvienne.

Dans ce dernier cas il nous semble difficile d'hésiter entre son extirpation par la laparotomie et celle qu'il est possible de pratiquer par la voie sacrée. Notre excellent ami le Dr Tornu dans sa thèse récente (1) a bien montré que l'hystérectomie sacrée devait être une opération réservée pour des cas exceptionnels. Elle s'accompagne de délabrements énormes, d'une mortalité très élevée, et ne procure pas le même jour et la même liberté d'action que la laparotomie.

L'hystérectomie abdominale totale, encore nommée opération de Freund, car il l'a le premier décrite en 1878, ne donne certainement pas plus d'insuccès opératoires que la précédente et séduit l'esprit par les facilités qu'elle apporte dans l'extirpation d'un utérus volumineux. On a prétendu que sa mortalité s'élevait à 70 p. 100, 77 p. 100 même d'après Hermonius, de Saint-Pétersbourg. A-t-on le droit de condamner ainsi une méthode opératoire d'après des statistiques faites dans de déplorables conditions? On n'a, pour ainsi dire, jusqu'à aujourd'hui, pratiqué l'hystérectomie abdominale que dans des cas manifestement inopérables. Krysinsky n'a-t-il pas essayé ce procédé alors que

(1) Tornu. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Thèse de Bordeaux, 1893.

la paroi vaginale, la vessie même étaient atteintes par le cancer? On a dit que les femmes qui ne succombaient pas à la péritonite mouraient de choc opératoire. Comme Bisch le dit fort bien : « On sait aujourd'hui ce que dissimule ce dernier mot : infection septique, affaiblissement général de la malade qu'on a laissé arriver à un terme ultime ».

Il en sera de cette opération comme il en a été de la taille hypogastrique pour la vessie. Discréditée à son début, accablée sous des insuccès imputables surtout aux opérateurs et aux conditions dans lesquelles elle était faite, elle a pris rapidement sa revanche et Tuffier, dans le nouveau Traité de chirurgie (1), ne craint pas de dire « qu'elle est aujourd'hui presque universellement regardée comme le procédé de choix dans la majorité des interventions intra-vésicales ».

Jusqu'à présent, toutefois, lorsque le volume de l'utérus est peu augmenté, on préfère employer l'hystérectomie vaginale. C'est elle qui a fourni le plus grand nombre de succès et les récidives les plus éloignées. Grâce à elle, on a prolongé souvent la vie des malades de plusieurs années.

Kaltenbach (2), sur 7 opérées pour cancer du corps, a eu 7 guérisons opératoires et 5 d'entre elles n'avaient encore pas de récidive après un an.

Olshausen (3) a obtenu une guérison définitive après cinq ans.

Gusserow cite une malade encore bien portante cinq ans et demi après l'opération.

Quant au pronostic opératoire immédiat, il devient de plus en plus favorable, puisque depuis 1884, époque où la mortalité,

---

(1) Tuffier. Traité de chirurgie. Duplay et Reclus, VII, p. 796.

(2) Kaltenbach. *Berliner Klin. Wochensch.*, mai 1889.

(3) Olshausen. *Berliner Klin. Wochensch.*, juillet 1889.

d'après Czerny, était de 28 0/0, elle est tombée aujourd'hui, d'après Landau et Trélat, à environ 8 0/0 seulement.

C'est donc cette méthode qui devra être choisie jusqu'à ce que de nouveaux progrès, de nouvelles statistiques la fassent remplacer par l'opération de Freund, si rationnelle.

L'utérus est-il peu mobile, l'examen a-t-il révélé la moindre propagation : il ne faut plus s'adresser qu'au traitement palliatif, et en particulier au curetage. Olshausen ne partage pas entièrement cette opinion admise par tous les chirurgiens ; en 1890, il disait au Congrès international de Berlin, que l'hystérectomie s'adressait aussi bien aux cancers avancés qu'aux autres, car les troubles étaient moindres chez les femmes qui l'avaient subie, à cause de l'absence d'hémorrhagies et de sécrétions. C'est justement ainsi qu'agit le curetage, opération plus bénigne, accessible à tous, suivie souvent d'améliorations prolongées, inespérées.

Terrillon (1), Despréaux (2), Pozzi, bien d'autres, sont partisans de ce traitement des cancers inopérables par l'instrument de Récamier.

Schrœder dépeint ainsi ce qu'on peut en attendre : « Les hémorrhagies cessent, l'atmosphère empestée qui enveloppait la malade se dissipe, l'appétit renaît, la femme revient à la vie; elle reprend peu à peu ses forces et l'entourage de la patiente, auquel on n'avait cependant laissé aucune illusion, ne peut se refuser à croire à une guérison complète, jusqu'au moment où une aggravation nouvelle vient ôter toute espérance » (3).

C'est une amélioration bien évidente que rapporte également

---

(1) Terrillon. *Bull. général de thérap. méd. et chir.*, 1885.

(2) Despréaux. Du curetage, indications et technique. Thèse de Paris, 1887.

(3) Schrœder. *Loc. cit.*, p. 323.

notre observation VI, empruntée à un travail de M. le professeur Weiss, de Nancy (1). La femme atteinte d'un cancer du corps utérin inopérable fut curetée deux fois. Après chaque curetage elle restait environ un an dans l'état le plus satisfaisant, vaquant aux soins de son ménage, si bien que M. Weiss n'allait recourir à une troisième tentative que trois années seulement après avoir connu la malade et six ans après le début de l'affection.

Hégar et Kaltenbach (2) ont même cité dans leur ouvrage un cas de cancer du corps traité dès son début par le curetage et n'ayant depuis jamais récidivé. Cette observation, fort intéressante, est, croyons-nous, unique, ce qui ne permet pas de généraliser la méthode.

Nous ne nous étendrons pas sur la façon de pratiquer ce curetage palliatif. Nous renvoyons ici encore au travaux spéciaux (3). On verra qu'on peut l'employer seul, qu'on peut lui adjoindre l'action du chlorure de zinc ou du thermo-cautère de Pâquelin ; mais nous ferons cependant remarquer que l'on doit procéder à cette période avancée de l'évolution cancéreuse d'une tout autre manière que lorsqu'il s'agit d'un curetage explorateur. L'instrument doit être manié avec prudence;

---

(1) Weiss. Quelques considérations sur le cancer du corps utérin. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1892.

(2) Hégar et Kaltenbach. Traité de gynécologie opératoire, 1887.

(3) Voir entre autres :

O. Terrillon. *Bull. de thérap.*, 1886, p. 458.

Mélik. Du curetage de l'utérus. Thèse de Paris, 1887.

Adriet. Du curetage de l'utérus. Thèse de Paris, 1885.

Laroche. Du curetage de l'utérus. Thèse de Paris, 1885.

Desmoulins. Du curetage de l'utérus. Thèse de Paris, 1887.

Veper. Thèse de Paris, 1888.

A. Pozzi. Thèse de Paris, 1888.

Despréaux. Thèse de Paris, 1888, déjà citée.

Pichevin. *Nouvelles Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890.

l'utérus est mou, friable, ses parois aisées à traverser; une perforation peut être suivie d'accidents septiques graves.

Enfin la dégérescence est si avancée qu'on n'ose même plus employer la curette. Faut-il abandonner la patiente, faut-il attendre sa mort sans rien tenter? Non : on combattra les hémorrhagies par les injections chaudes, les douleurs par la morphine, les écoulements sanieux et l'odeur infecte par les antiseptiques, le fer rouge.

C'est le moment d'utiliser tous les autres moyens palliatifs, moins connus, moins sûrs, peu fidèles, mais qui cependant auront l'avantage de faire croire à la malade qu'elle peut guérir encore, qu'on ne désespère pas.

On se rappellera que la térébenthine de Chio, employée en injections intra-utérines, a arrêté rapidemement chez une malade de M. Sanderson (1) la souffrance, les hémorrhagies, que les végétations subirent une régression intense, que la santé revint pour un temps.

On cherchera à contrôler les résultats encourageants que le docteur Schultz (2) de Budapest a eus dans huit cas de cancers du col inopérables, en injectant dans le parenchyme utérin de l'alcool absolu. Il suffira, pour atteindre le corps, d'employer une aiguille plus longue.

On ira jusqu'à essayer le traitement imaginé par le docteur J. Wernitz (3), d'Odessa, consistant dans l'emploi de courants galvaniques de haute intensité. Le docteur russe a employé chez quatre femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus des courants de 100 à 200 milliampères, suivant la tolérance des malades. L'électrode indifférente, assez large, était placée

---

(1) Sanderson. *British medical journal*, 1888, I, p. 1389.

(2) Schultz. *Semaine médicale*, 1892. Annexes, p. 70.

(3) Wernitz. *Berliner klinical Wochensch.*, 22 septembre 1890.

sur le ventre; l'électrode active, en forme de sonde à boule, était introduite dans l'utérus et appliquée sur le néoplasme. Les séances étaient quotidiennes et duraient dix minutes.

M. Wernitz prétend qu'aucun remède narcotique ne peut rivaliser avec ce traitement. Les douleurs disparaissent, les hémorrhagies cessent par la formation d'une croûte sur la plaie, le néoplasme devient plus petit, plus dur, cirrhotique. L'amélioration est générale, la nutrition meilleure. Il y a tendance à une métamorphose régressive, et nécrose du tissu cancéreux (prouvé, paraît-il, par un examen microscopique fait par Kuttner). C'est une sorte d'effondrement du cancer.

Ce sont là bien certainement des moyens qui n'ont pas fait leurs preuves, qu'on ne peut juger, qu'on ne doit employer, nous le répétons, que lorsqu'il n'y a rien de mieux à tenter. Leur avantage thérapeutique peut être réel ou nul; mais le moral de la malade est soutenu par cette idée que celui près duquel elle est venue chercher assistance ne l'abandonne pas. Le traitement moral dans le cancer de l'utérus est loin d'être négligeable.

Quant au traitement des complications, telles que la péritonite, les accidents urinaires, intestinaux, pulmonaires même, il nous paraît sortir de notre cadre, car il ne présente rien de spécial.

1° Observations de type classique.

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr André Boursier, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux) (1).

Epithélioma du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Mort par septicémie péritonéale.

Au mois de janvier 1893, je fus appelé par mon confrère et ami le docteur Lugeol, à voir avec lui une de ses clientes atteinte d'une tumeur maligne de l'utérus, pour décider ensemble une intervention chirurgicale.

Mme veuve C.... est âgée de 62 ans. Elle est petite, maigre, a toujours vécu à la campagne et paraît avoir joui d'une excellente santé jusqu'au mois de juillet 1892, tout au moins du côté de l'utérus. Elle a eu assez souvent en effet, des douleurs rhumatismales, et cela depuis sa jeunesse. Son père et sa mère étaient eux aussi des arthritiques; elle a eu deux fils qui sont mariés tous deux, et qui tous deux également ont eu assez tôt des attaques de rhumatisme articulaire. C'est chez l'un de ses fils qu'elle vit. Il n'y a dans la famille aucun cas de cancer.

Elle a été réglée vers 15 ans environ et peu à la fois.

Depuis plusieurs années la malade n'était plus réglée; la ménopause était survenue sans aucun incident appréciable.

Au mois de septembre 1892, la malade vit survenir, sans cause marquée, un écoulement sanglant utérin, peu abondant d'ordinaire, mais qui s'est reproduit très souvent au point d'être à peu près continu. La quantité de sang perdu est peu considérable, et depuis quelque temps la malade perd surtout un liquide sanguinolent, d'odeur assez fétide et rappelant tout à fait l'aspect et l'odeur ordinaire des pertes dans le cancer de l'utérus.

---

(1) M. le Dr Lugeol a bien voulu nous donner quelques renseignements complémentaires intercalés dans cette observation, nous le prions d'accepter tous nos remerciements. P. B.

A l'examen je trouve un ventre peu développé, assez dépresssible, peu douloureux à la pression. Au toucher, on arrive sur un utérus qui paraît avoir déjà subi en partie l'involution sénile. En effet, le col est tout petit, fait une saillie à peine appréciable au fond du vagin. Le corps au contraire est arrondi et assez volumineux. L'utérus est absolument mobile, tous les culs-de-sac vaginaux sont entièrement sains et souples. Les annexes paraissent complètement saines aussi. Les mouvements imprimés à l'utérus ne provoquent aucune douleur. La vessie et le rectum sont libres et nullement altérés.

Au speculum, on constate que l'orifice utérin est assez entr'ouvert : au premier abord il paraît érodé, et on voit s'écouler un liquide rouge brunâtre, d'odeur forte et fétide, ayant tous les caractères des écoulements de l'épithélioma du col. Cependant le toucher n'avait révélé aucune induration appréciable ni sur l'une, ni sur l'autre des lèvres du col.

L'hystérométrie amena un très léger écoulement de sang fétide, et donna 6 centimètres, ce qui était à peu près la profondeur du corps seul, vu la brièveté du col.

En dehors de ces pertes, la malade n'accuse pas de douleurs marquées : elles sont profondes et n'ont que très peu d'irradiation vers les régions voisines. Elle est atteinte d'une constipation habituelle paraissant être beaucoup plus ancienne que la maladie actuelle. Elle a maigri, son teint est pâle, un peu terreux, mais ne présente pas la teinte cachectique jaune paille des cancéreux. La malade mange mal, mais en dehors de sa constipation n'a aucun trouble digestif. Les fonctions urinaires sont normales ; l'urine analysée n'a rien de spécial.

Cet examen confirme le diagnostic de cancer utérin porté par mon confrère le Dr Lugeol. Aussi, en présence de la localisation absolue de la maladie à l'utérus, de l'intégrité parfaite des culs-de-sac vaginaux et de la mobilité complète de l'organe, nous croyons devoir proposer une opération radicale : l'hystérectomie.

Cette opération, acceptée par la famille, fut pratiquée le 17 janvier 1893, avec l'aide des Drs Lugeol, Loumeau et Lacharrière. Après avoir pris toutes

les précautions antiseptiques, après une désinfection prolongée et soigneuse du vagin, la malade étant chloroformisée, je procède à l'extirpation de l'utérus. Les culs-de-sac vaginaux sont rapidement incisés, je décolle facilement avec le doigt la vessie de la face antérieure de l'utérus, et j'ouvre le cul-de-sac antérieur du péritoine. Après avoir sans difficulté incisé le cul-de-sac vaginal postérieur et décollé le rectum, je peux aussi saisir et ouvrir le cul-de-sac recto-utérin. Dès le début de l'opération, j'avais pu sans résistance abaisser l'utérus jusqu'à la vulve, aussi me fut-il très facile de saisir convenablement les ligaments larges droit et gauche avec deux pinces de Richelot que je laissai en place. Les deux ligaments larges sont incisés aux ciseaux et j'amène l'utérus en dehors, assez aisément, bien que le corps de l'organe fût plus volumineux que ne me l'avait fait penser l'exploration clinique. L'opération a duré en tout 35 minutes et la malade a perdu fort peu de sang.

Comme pansement, je garnis la cavité vaginale de gaze iodoformée, en réunissant les deux pinces de Richelot, laissées en place par une ligature commune qui les empêche de remuer.

17 janvier au soir : La malade est bien. Elle a relativement peu souffert. Elle n'a pas vomi depuis l'opération. Pas de fièvre. Température normale. Une sonde en caoutchouc rouge placée dans la vessie pendant l'opération à demeure, a permis de recueillir environ 150 grammes d'une urine d'aspect normal.

18 janvier : La nuit a été assez calme. La malade n'a cependant pas dormi parce qu'elle a souffert; mais le ventre n'est pas ballonné, les urines sont normales et en quantité suffisante. La langue est bonne, pas de fièvre. Le soir, même état.

19 janvier : La nuit s'est bien passée; la malade a un peu reposé. Je procède à l'enlèvement des pinces de Richelot qui viennent assez facilement. Leur ablation donne quelques douleurs.

Quelques heures après l'ablation des pinces, la malade commence à ressentir de très vives douleurs dans le ventre qui se ballonne un peu. Elle éprouve une soif intense, la langue est assez sèche. Les urines ont été moins abondantes depuis l'enlèvement des pinces.

Le Dr Lugeol consulté, ordonne une potion calmante avec une petite quantité de morphine. Malgré l'usage de ce remède, les accidents ne se calment pas et continuent à s'accroître. Je vois la malade à 11 heures du soir et je la trouve dans un état fort alarmant. Le ventre est très ballonné, très tympanique et en même temps fort douloureux. La malade n'a pas de fièvre, mais les extrémités sont un peu refroidies. La face est pâle, les traits tirés, la langue est très sèche et la soif toujours intense, malgré l'usage du champagne glacé.

La malade ne rend que fort peu d'urine. Depuis l'opération, elle n'a pas émis de gaz par l'anus. Elle a eu quelques petits vomissements noirâtres peu abondants. Elle est manifestement en proie à une *septicémie péritonéale* à marche très rapide.

20 janvier au matin : La nuit a été très mauvaise, tous les accidents ont continué et ont même augmenté. La malade a la langue très sèche, les extrémités froides, la face grippée, le pouls filiforme.

Elle succombe à une heure de l'après midi environ.

Avant de passer à l'examen de la pièce anatomique, je désire insister sur le mécanisme de la mort chez cette malade. Les accidents n'ont commencé qu'après l'enlèvement des pinces de Richelot : jusque là tout avait bien marché. L'opération avait été des plus simples, fort courte, et le peu de sang perdu par la malade ne permettait pas d'attribuer les accidents au choc opératoire.

D'ailleurs la péritonite septique qui d'après les caractères cliniques a emporté la malade, paraît consécutive à l'enlèvement des pinces. Ce qui m'a porté à penser qu'à ce moment, quelles qu'aient été les précautions que j'aie employées pour les sortir, il a dû tomber dans la cavité péritonéale des débris mortifiés qui ont infecté le péritoine et amené le développement rapide d'accidents septiques suraigüs. Ce n'est là évidemment qu'une hypothèse, puisqu'il nous a été impossible de vérifier par la nécropsie la cause de la mort. Mais la marche même des accidents ne permet d'admettre à mon avis qu'une infection postérieure à l'opération.

Pièce anatomique. — *Examen macroscopique* : L'utérus enlevé est assez

volumineux, il a environ la grosseur du poing. Le col, très court, est assez entr'ouvert pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index. Ce col ne paraît présenter aucune dégénérescence épithéliomateuse, il n'est pas bosselé, sa consistance est celle qu'a le col utérin sain chez une femme de cet âge, ayant subi l'involution sénile.

La surface externe de l'utérus est lisse, on ne trouve aucune bosselure, aucune trace de néoplasme.

Il n'en est plus de même dans la cavité de l'organe. Une masse néoplasique, formée de végétations saillantes et friables, a envahi toute la muqueuse du corps. Elle a l'aspect de l'épithélioma.

Mais ce qui frappe surtout c'est l'arrêt brusque, sans transition, de ces végétations au niveau de l'isthme utérin. A ce point se voit un sillon profond en certains points de plusieurs millimètres séparant nettement le col de la cavité du corps. Or, tandis qu'au-dessus de ce sillon les végétations ne permettent plus de reconnaître un seul point intact de la muqueuse, la muqueuse du col au contraire est lisse, unie, saine en un mot.

Les parois du corps sont épaissies surtout à droite, leur consistance n'est pas diminuée et se montre à peu près la même, quel que soit le point qu'on examine. La forme de l'organe est globuleuse plus élargie que normalement.

Examen microscopique (1). — Les fragments prélevés sur l'utérus durci dans l'alcool en vue de l'examen microscopique ont été choisis en cinq régions différentes indiquées sur la planche qui accompagne ce travail. Le premier comprenait à la fois la portion supérieure du col et la base du corps, c'est-à-dire les deux berges de ce sillon profond dont nous avons déjà parlé et qui séparait si nettement à l'œil nu le col de la formation néoplasique. Les deuxièmes fragments portaient à la fois sur les végétation et

(1) Cet examen a été fait par nous-même d'après des coupes pratiquées sur l'utérus conservé depuis trois mois dans l'alcool. M. le professeur agrégé Auché a bien voulu contrôler cette étude et nous aider de ses conseils : nous le remercions vivement de son extrême obligeance.

sur la paroi entière du corps de l'utérus. Le troisième était pris en pleines végétations centrales et le dernier sur la lèvre antérieure du col.

Les coupes préparées à la celloïdine, colorées à l'éosine hématoxylique et montées dans le baume, ont montré les lésions suivantes :

Préparation 1. — La partie formée par le tissu du col est à peu près normale. Les faisceaux musculaires, coupés pour la plupart perpendiculairement à leur longueur, ont leur aspect habituel. Le tissu conjonctif ne semble pas avoir subi de modification, mais les vaisseaux qu'il contient, et surtout les plus volumineux, présentent un épaississement notable de leurs parois. Ces vaisseaux sont assez régulièrement répartis dans la coupe et leur nombre ne paraît pas avoir varié. On ne voit en aucun point de formation néoplasique.

En faisant avancer la préparation jusqu'au sillon limitant le col, on trouve le tissu de ce dernier brusquement coupé et sans aucun revêtement. De l'autre côté, au contraire, sur le corps, les lésions sont extrêmement avancées et caractéristiques. Des tubes glandulaires, en nombre considérable, s'anastomosant entre eux et coupés suivant toutes leurs directions, occupent le champ du microscope. Certains viennent s'ouvrir à la surface; la plupart, très ramifiés, envoient des prolongements en tous sens. Ces rameaux, très tourmentés, tantôt se dirigent vers l'extérieur du tube glandulaire, tantôt forment des bourgeons dans leur cavité. La charpente de tissu conjonctif est assez épaisse vers la base des végétations, mais à mesure qu'on avance vers leur extrémité, ce tissu devient plus rare et ne fournit plus que des travées délicates supportant des deux côtés le revêtement de cellules cylindriques. Quant aux vaisseaux, ils sont très rares et se retrouvent plutôt vers la base de la formation néoplasique.

Le tissu de transition, en effet, situé au-dessus, est extrêmement vasculaire et ses vaisseaux suivent assez exactement la base des végétations qui s'implantent sur une ligne presque droite sans envoyer de rameaux avancés dans le tissu utérin. Cette zone est remarquable par l'augmentation considérable du nombre des noyaux des fibres musculaires qui donnent à cette partie de la préparation une coloration intense.

A un fort grossissement (obj. 7 et oc. 1 de Vérick), on voit que la paroi de revêtement des tubes glandulaires est formée de longues cellules cylindriques, à gros noyau allongé et fortement coloré. Ces cellules sont, en général, sur plusieurs rangs et le rang le plus profond est beaucoup plus nettement cylindrique que ceux qui lui succèdent en allant vers la lumière de la glande. Les éléments composants deviennent de plus en plus courts en effet et finissent même, en beaucoup d'endroits, par prendre l'aspect de cellules très irrégulières, mais plutôt arrondies, dont le protoplasma atrophié est difficilement visible, tandis que le noyau a conservé son volume et s'est chargé de granulations.

Le revêtement glandulaire repose directement, sans aucun intermédiaire, sur le tissu conjonctif dont les cellules semblent se grouper parallèlement à la surface externe des tubes. Ceux-ci en sont souvent séparés par un espace clair, ce vide qui, d'après Cornil, serait une des caractéristiques de l'épithélioma; mais il est loin d'exister partout et l'union entre les cellules cylindriques des tubes glandulaires et la charpente conjonctive est manifeste en bien des points.

Au-dessus de la zone de transition dont nous avons parlé, le tissu utérin reprend son aspect normal.

Préparations 2 *et* 2 *bis*. — Ces coupes ont porté sur toute la paroi utérine. Dans la partie végétante il n'y a rien de nouveau à signaler. On retrouve les mêmes tubes disposés de même façon que dans la coupe précédente. La forme cylindrique et nette des cellules est toutefois moins évidente à mesure qu'on se rapproche de la paroi. Les cellules deviennent en effet globuleuses, sont accumulées sans ordre et une quantité considérable d'éléments embryonnaires et de noyaux s'infiltre à travers les fibres conjonctives et musculaires en les dissociant en faisceaux. Au-dessus la paroi utérine reprend ses caractères normaux. Les vaisseaux ont leurs tuniques très épaissies.

Préparation 3. — Le tissu végétant, qui seul la compose, se retrouve avec l'aspect déjà signalé. Les tubes glandulaires sont en nombre considérable; mais, tout au moins dans les plus fins d'entre eux, il est fréquent de ne

plus rencontrer qu'une seule assise de cellules cylindriques, souvent adhérente au stroma conjonctif. Celui-ci est très développé en certains endroits et rappelle l'aspect du stroma du carcinome.

Préparation 4. — Cette coupe a porté, comme étude comparative, sur toute l'épaisseur de la lèvre antérieure du col : elle ne montre aucune dégénérescence épithéliomateuse. Les glandes de la muqueuse n'ont partout qu'une assise de cellules cylindriques. Le noyau de celles-ci, situé vers leur base, semble moins allongé que celui des cellules des végétations néoplasiques du corps. L'adhérence de cet épithélium des glandes avec la charpente conjonctive est loin d'exister partout, mais elle est peut-être en effet plus souvent conservée que dans le corps. Les vaisseaux, en assez grand nombre, offrent toujours un épaississement de leur paroi, mais il ne faut pas oublier que la malade était âgée, et cet aspect athéromateux n'a rien qui puisse surprendre.

En résumé il s'agit d'un épithélioma tubulé dont le point de départ n'est plus reconnaissable, qui a envahi toute la muqueuse et une partie des parois du corps de l'utérus, et qui s'est exactement localisé, malgré son développement extrême, à cette région de l'organe.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lanelongue, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.)

Epithélioma inopérable du corps de l'utérus.

Mme H... P..., âgée de 44 ans, débitante. Premières règles à 18 ans, toujours abondantes depuis et ne s'accompagnant pas de douleurs.

Elle a eu cinq grossesses qui ont été normales et se sont terminées toutes par des accouchements normaux également.

Elle souffre depuis sa dernière grossesse, qui a eu lieu il y a trois ans. Après cet accouchement elle est restée huit jours au lit. Elle perd du sang continuellement, elle a, dit-elle, des douleurs dans tous les os; elle est très amaigrie.

Au palper on provoque un peu de douleur du côté gauche, le corps de l'utérus est volumineux.

Au toucher on trouve un léger prolapsus, et on reconnaît un épithélioma ayant débuté par l'utérus, puis ayant envahi consécutivement une partie du col. Cul de sac latéral gauche envahi : inopérable. *Exeat* le 12 novembre 1892.

OBSERVATION III

Epithélioma primitif de la muqueuse du corps de l'utérus.

(Par M. le Dr Rouffard, *Journal de médecine de Bruxelles*, Mémoires, 1889, p. 211.)

La veuve L..., âgée de 44 ans, rue Saint-Gislain, 22, vient à ma consultation le 8 septembre 1887. Elle est veuve depuis 5 ans. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires et s'est bien portée jusqu'au mois d'août 1886.

Réglée à 15 ans, régulièrement, et sans jamais avoir de pertes blanches.

A eu cinq enfants qui ont tous vécu. Les accouchements ont toujours été normaux.

Depuis une année environ cette femme maigrit et s'affaiblit. Elle perd chaque mois de nombreux et volumineux caillots de sang, et elle a des pertes blanches après chaque époque menstruelle.

Ces pertes ont une odeur nauséabonde.

A l'examen, on trouve un col petit, ouvert, et l'on perçoit à l'intérieur des végétations dures qui s'écrasent sous le doigt quand on veut pénétrer dans la matrice.

La surface vaginale du corps n'offre rien de particulier. Le corps est en rétroflexion, mais cette rétroflexion n'est pas adhérente; on peut facilement soulever sur le doigt le fond de la matrice et le reporter en avant. Le corps forme au fond du cul-de-sac postérieur une tumeur volumineuse que le palper bimanuel montre de la grosseur du poing.

Les annexes paraissent saines.

Le toucher rectal ne nous apprend rien.

Le cathéter pénètre dans la matrice à une longueur de 12 centimètres.

Avec une petite curette de Sims, introduite dans la cavité utérine, j'enlève des végétations, et l'examen microscopique montre à l'évidence leur nature épithéliomateuse.

Hystérectomie le 12 septembre. Matrice abaissée facilement, incision circulaire, débridement bilatéral du vagin pour permettre l'issue de la matière très volumineuse. Tamponnement vaginal. Drain.

La malade traitée par des injections au sublimé à 1 pour 1,000 présenta, le troisième jour, des phénomènes d'intoxication. On remplace par l'eau phéniquée et on donne du chlorate de potasse.

Le 25 septembre, la malade est complètement guérie.

Après l'opération, un nouvel examen histologique nous a démontré que nous avions bien eu affaire à un épithélioma primitif de la muqueuse du corps de la matrice.

OBSERVATIONS IV ET V

Hystérectomies pour épithéliomas intra-utérins.

(Kœberlé. Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1886, p. 139.)

IV. — La malade, traitée d'abord par M^lle^ Wœlkin, de Zurich, était âgée de 50 ans. Elle était affectée depuis le printemps de 1882 d'un catarrhe séro-muqueux non fétide du canal génital. Quoique la ménopause eût eu lieu depuis plusieurs années, elle eut au mois d'août deux fortes pertes de sang. En même temps, il survint par accès des douleurs vives, qui s'étendaient en rayonnant des aines vers les os iliaques.

La marche de l'affection et l'apparence particulièrement cachectique de la malade firent dès l'abord à M^lle^ Wœlkin l'impression d'un carcinome.

Cependant, le résultat de la palpation bimanuelle rendit notre honorée collègue très perplexe. La matrice, en antéversion, était particulièrement mobile, d'un volume à peu près normal, d'une consistance uniforme et elle ne présentait en aucun point une sensibilité anormale. Le col était assez mou, non tuberculeux, le canal cervical avait une largeur anormale, mais

semblait sain. Le diagnostic était indécis, mais le catarrhe utérin et les douleurs indiquaient une lésion de la cavité utérine.

Pendant plusieurs jours on employa plusieurs remèdes qui restèrent inefficaces. M^lle^ Wœlkin dilata le col utérin, et put ainsi constater directement avec le doigt, en avant et à gauche dans la cavité utérine, une excroissance anormale qu'elle détruisit avec le doigt et la curette; et elle cautérisa la surface d'implantation avec de l'acide nitrique. Après cette opération les douleurs cessèrent pendant dix jours.

A première vue, l'examen des particules enlevées par la curette indiquait une tumeur maligne, et d'après les résultats de l'analyse microscopique de M. le professeur Klebs de (Zurich), il ne restait aucun doute sur le diagnostic d'un carcinome médullaire, constitué par des cellules épithéliales de forme très irrégulière, à gros noyaux.

La malade me fut adressée pour l'hystérectomie. La profondeur de la cavité utérine était de 8 centimètres et demi. Utérus à peu près normal, sauf une petite saillie dure en avant, vers la gauche. L'orifice du col utérin me parut alors être également malade, soit par suite de la dilatation ou de la cautérisation, soit par suite d'un commencement de dégénérescence et il me sembla difficile de conserver le col.

Ecoulement séreux devenant facilement fétide. Douleurs très vives *par accès*. La malade était veuve depuis longtemps et nullipare. Le canal génital était très étroit et très court, et il me parut impossible de pratiquer l'hystérectomie soit abdominale, soit vaginale. Dans ces circonstances critiques, je me décidai à pratiquer d'abord l'hystérectomie vaginale, sauf à compléter l'hystérectomie par l'hystérotomie abdominale.

En pratiquant l'hystérectomie vaginale, il fut possible d'enlever transversalement, à une hauteur de 4 centimètres, le segment inférieur de la matrice jusqu'à l'orifice interne du col en un point où les tissus ont paru être tout à fait normaux. Du reste l'hystérectomie vaginale eût été impraticable séance tenante en raison de l'étroitesse très prononcée du vagin et de l'orifice externe du canal génital.

Les douleurs calmées pendant quelques jours revinrent tout aussi intenses qu'avant l'opération.

La laparotomie pratiquée trois semaines après, en raison de la persistance des douleurs, permit de retrancher entièrement la partie restante de la matrice, dont le corps présentait en avant, vers l'angle gauche, une saillie correspondante à une surface ulcérée de la cavité utérine où l'on avait pratiqué, deux mois auparavant, un grattage à l'aide de la curette.

Les ovaires, très atrophiés, ne furent pas enlevés; les ligaments larges étaient normaux.

Les douleurs disparurent. Il n'y a pas eu de récidive locale. L'opérée, M^me^ de P..., est encore bien portante depuis plus de trois ans.

V. — Dans un autre cas d'hystérectomie, je suis intervenu, il y a trois ans, pour un papillome (épithélioma) de la muqueuse utérine. La malade était sujette à des hémorrhagies excessives. Toutefois, sauf l'anémie, l'état général paraissait excellent. Les douleurs étaient peu prononcées et il n'existait pas d'écoulement fétide.

Je crus pouvoir tenter l'ablation totale de la matrice; mais malheureusement d'une manière trop tardive, car les ligaments larges étaient envahis par la dégénérescence, et la matrice était adhérente aux intestins. La partie vaginale de la matrice avait été préalablement libérée par une incision circulaire. La laparotomie, pratiquée immédiatement après, donna lieu à une hémorrhagie excessive. Les tissus des ligaments larges se laissaient couper par les ligatures et se déchiraient sous la pression des pinces hémostatiques.

L'opérée, M^me^ d'A..., déjà très affaiblie par ses pertes de sang antérieures, mourut d'hémorrhagie.

OBSERVATION VI (résumée.)

Par M. le professeur Weiss, de Nancy *(Revue médicale de l'Est,* 15 décembre 1892.)

Cancer du corps utérin. — Complication de pyométrie. — Heureux résultats du traitement palliatif.

Mme P..., âgée à cette heure de 52 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, présente depuis une dizaine d'années des troubles du côté des organes génitaux, mais ce n'est en réalité qu'il y a six ans que la maladie dont elle est atteinte paraît avoir débuté et s'être traduite par les symptômes que l'on constate encore aujourd'hui.

Je vis pour la première fois la malade au mois de mars 1890; la santé était fort altérée; il y avait de la fièvre chaque soir, un manque complet d'appétit, le visage était d'une teinte terreuse, et, quoique cette personne fût d'une constitution très robuste, il était évident, à première vue, que son état était peu satisfaisant.

Comme troubles fonctionnels, elle accusait des douleurs utérines très vives, qui revenaient avec une périodicité parfaite tous les deux jours vers 7 heures du soir et s'accompagnaient chaque fois d'un écoulement vaginal extraordinairement abondant et souvent d'hémorrhagies profuses. Ces douleurs étaient excruciantes et ressemblaient à celles des contractions expulsives de la matrice; elles duraient, avec ces mêmes caractères, depuis de longues années, mais s'étaient notablement accentuées dans les derniers temps. Dans l'intervalle de ces crises paroxystiques, la malade était calme et pouvait vaquer librement à ses occupations. Je m'apprêtais à pratiquer le toucher vaginal, pour confirmer le diagnostic de cancer du col porté par mon collègue M. Hergott père, quand, examinant d'abord le ventre, je fus frappé de son grand développement dû manifestement à une tumeur abdominale. Celle-ci était très dure, remplissait tout le bassin et remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par la palpation bimanuelle, je m'assurai qu'elle était constituée par l'utérus et qu'elle avait des dimensions atteignant celles d'une grossesse de six mois.

A en juger d'après l'état du col, le cancer était évident ; je pensai qu'il s'agissait d'un épithélioma greffé sur une tumeur fibreuse et proposai, à titre purement palliatif, un curetage de l'utérus. Cette opération acceptée fut pratiquée sous le chloroforme le 26 mars 1890. Après avoir débarrassé le col des végétations qui l'encombraient, je pénétrai avec la curette dans l'intérieur de l'utérus, et, à ma grande stupéfaction, je vis sortir de cette cavité un flot de pus glaireux, que je puis bien évaluer à plus d'un litre et demi, sinon deux litres. En curetant les parois de l'utérus, je ramenai, par des lavages antiseptiques, des bourgeons et des débris de tumeur qui ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'un cancer du corps utérin et qui, examinés par M. Barabau, se révélèrent avec tous les caractères de l'épithélioma ordinaire. Dès lors, la filiation et l'enchaînement des accidents m'apparurent d'une façon claire et manifeste; il était évident que cette femme était atteinte depuis fort longtemps d'un cancer du corps utérin ; que le diagnostic n'avait été fait que tardivement alors que le cancer s'était étendu au col; enfin que l'oblitération du col par les bourgeons avait amené une pyométrie et, par suite, les phénomènes d'intoxication septicémique que j'avais constatés.

Le curetage amena dans l'état général de la malade une amélioration telle que quinze jours après elle était absolument méconnaissable; elle était en quelque sorte revenue à la vie, n'avait plus de fièvre ni de troubles digestifs, plus de douleurs utérines, à peine un léger écoulement vaginal. Dans ces conditions il y avait lieu de se demander si l'hystérectomie n'était pas indiquée; après mûres réflexions je ne ne le pensai pas. En effet, bien que l'utérus fût revenu sur lui-même, au point de ne plus dépasser le pubis que de deux travers de doigts, il était encore très gros, et surtout il gardait une immobilité qui ne paraissait pas favorable à une intervention opératoire; enfin la malade n'était rien moins que décidée à courir les chances d'une si grosse opération. Bref, je me décidai à laisser aller les choses et à avoir recours au seul traitement palliatif; je n'ai pas eu lieu de m'en repentir.

Pendant près d'un an, cette malade s'est trouvée dans l'état le plus satisfaisant, perdant peu, ne souffrant guère et vaquant aux soins de son

ménage. Au bout de ce temps, néanmoins, les mêmes symptômes reparurent, coliques et écoulements intermittents, distension graduelle de l'utérus, état général moins satisfaisant. Un deuxième curetage était devenu nécessaire ; il fut pratiqué au mois de mai 1891, avec le même succès momentané, quoique de moindre durée. Les bourgeons enlevés avaient toujours les caractères de l'épithélioma, ainsi qu'il résulte d'un deuxième examen fait par M. Baradan.

Comme les accidents menaçaient de se reproduire et me paraissaient surtout en rapport avec les phénomènes de rétention utérine, je pratiquai, à partir du mois d'octobre 1891, une dilatation systématique et hebdomadaire du col avec les bougies d'Hégar, suivie d'un lavage de la cavité utérine avec du sublimé et de l'eau bouillie.

En favorisant ainsi l'écoulement des liquides intra-utérins, je pus éviter toute accumulation et diminuer en même temps les douleurs paroxystiques qui accompagnaient chaque deux jours l'évacuation de la cavité utérine.

Depuis trois mois, la malade s'est lassée de ces manœuvres ; aussi ses souffrances ont-elles reparu avec leurs caractères d'intermittence, tels que je les ai décrits ; je serai vraisemblablement forcé de recourir bientôt à un troisième curettage, que l'état général encore relativement satisfaisant de cette femme m'autorise absolument à tenter.

OBSERVATION VII

(Par le Dr J. Jacobs, agrégé à l'Université de Bruxelles. *Arch. de Tocologie*, 1890, p. 281.)

Un cas de carcinome primitif du corps utérin.

En septembre 1889 une dame V..., âgée de 44 ans, vint me consulter. Mère de 7 enfants dont 5 actuellement vivants ; a eu trois fausses couches dont la dernière en 1888. Etat général précaire, amaigrissement, faiblesse, teint jaune terreux.

Depuis quatre mois elle perd du sang à intervalles irréguliers mais rapprochés, en grande abondance. La malade était encore réglée avant les

métrorrhagies ; depuis, la constatation de la menstruation est pour ainsi dire impossible. — Traitement suivi : repos, seigle ergoté ; pas de résultat.

A l'examen : col volumineux, hypertrophié, allongé, présentant bilatéralement des déchirures anciennes ; ectropion de la muqueuse cervicale. Le col est largement entr'ouvert et le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne. Corps utérin volumineux, dur, douloureux à la pression, en rétroversion. Culs-de-sacs latéraux libres.

La sonde intra-utérine donne 12 centimètres 1/2. La malade croyait quatre mois auparavant être enceinte, et avoir subi une fausse couche à la suite d'une frayeur. Peu après les métrorrhagies ont débuté.

Le cathéter intra-utérin laisse percevoir d'une façon très sensible, sur le fond de la matrice, des rugosités volumineuses saignant facilement. D'après les renseignements et le résultat de l'examen, je conclus à une rétention à l'intérieur de la matrice de débris placentaires, suite de fausse couche, et je proposai le curetage qui fut accepté.

Après avoir pris tous les soins préliminaires, j'avais introduit une curette mousse dans la matrice, et, la dirigeant directement sur le fond de l'utérus, je l'avais promenée une fois ou deux sur les fongosités que je constatais, quand, brusquement, une hémorrhagie artérielle considérable et une syncope se produisirent, et je me vis obligé de tamponner fortement la cavité utérine avec de la gaze iodoformée.

La malade est remise au lit ; le surlendemain je retire les tampons et l'hémorrhagie se reproduit tout aussi considérable. Je place de nouveaux tampons et décide de pratiquer l'hystérectomie vaginale quelques jours plus tard. Je pratique cette opération le 1er décembre 1889. Afin d'éviter les hémorrhagies, je fis la plupart des incisions au thermo-cautère, avec ligatures progressives des ligaments. L'opération ne présenta aucune particularité spéciale. Le 16 décembre, les dernières ligatures furent enlevées et quelques jours après la malade quittait mon hôpital.

Je l'ai revue ces derniers jours : la santé est des meilleures, elle a repris de l'embonpoint, des forces, et, jusqu'à présent, il n'y a aucune

récidive de cancer, car j'avais eu affaire non à une rétention de débris placentaires, mais à un cancer primitif du corps comme le démontra l'analyse de la pièce. La matrice était volumineuse, les parois mesurant 3 centimètres 1/2. Dimensions de la cavité 12 centimètres 1/2 jusqu'à l'orifice externe, 9 centimètres jusqu'à l'orifice interne. Sur le fond : néoplasie irrégulière à surface bourgeonnante, situé entre les orifices des trompes.

L'examen microscopique démontra les caractères généraux du carcinome utérin. Les lobules néoplasiques n'ont pas de paroi distincte : cellules cylindriques sans cils vibratiles ; couches nombreuses de ces cellules ; enfin chute des cellules épithéliales.

OBSERVATION VIII

Par M. Schramm (traduit dans *British med. J.*, 1892, p. 74)

Fibrome et cancer simultanés de l'utérus.

La patiente était une femme de 64 ans, vierge. Elle avait été jusqu'à 54 ans régulièrement réglée.

Depuis le commencement de 1891, elle souffrait d'hémorrhagies irrégulières et de douleurs dans l'hypogastre. Ces douleurs, peu intenses, étaient plutôt une gêne qu'une souffrance.

L'hymen étant intact et la patiente très grasse, l'exploration fut difficile.

L'utérus était manifestement élargi, la muqueuse anfractueuse et montrait clairement une dégénérescence cancéreuse.

Le 24 juin, hystérectomie vaginale. Guérison. Un fibrome interstitiel gros comme une bille de billard occupait le fond. La portion de muqueuse qui recouvrait la partie saillante dans la cavité utérine, et cette portion seule était atteinte de cancer.

OBSERVATION IX

Par A. Guérin (*Nouvelles Arch. d'obstétrique*, 1887, p. 476.)

Epithélioma tubulé du corps de l'utérus. — Difficulté du diagnostic avec une métrite. — Incertitudes des premiers examens microscopiques.

Femme âgée de 50 ans, ayant cessé d'être réglée il y a dix ans. Forte, grasse, teint rosé.

Elle était bien portante, quand, à la fin de l'automne dernier, elle commença à perdre du sang que l'on eût pris pour une perte menstruelle si depuis longtemps les règles n'avaient pas disparu, et si cette perte ne s'était pas prolongée.

Le médecin appelé ne s'effraya pas de ce petit incident qui se reproduisit plusieurs fois à des époques plus ou moins éloignées.

Des douleurs s'étant manifestées dans le bas-ventre et dans les reins, je fus appelé en consultation (avril).

Le volume de l'utérus était un peu accru, le col était gros, mais sa surface était régulière, et l'orifice externe était petit, très petit même pour une femme qui a eu deux enfants.

Le ventre, gros et gras, était sensible partout, il était douloureux derrière la branche horizontale du pubis gauche.

Le volume de l'utérus, la tuméfaction du col qui avait une teinte rouge foncé, la douleur que l'on provoquait en touchant cet organe nous firent admettre que nous avions affaire à une métrite subaiguë, bien que l'âge de la malade fût peu favorable à ce diagnostic.

Nous prescrivîmes de grands bains, des cataplasmes intra-vaginaux, le repos au lit et des laxatifs.

Quand à la fin du mois je revis la malade, le sang avait reparu, puis cessé, puis reparu en quantité très peu abondante.

J'appris alors que dans l'intervalle des pertes sanguines, le linge était taché par une matière jaunâtre, qui salissait une ou deux serviettes en 24 heures.

Je pratiquai ce jour-là l'hystérométrie qui permit de constater un agrandissement notable de la cavité utérine, dans laquelle le bec de l'instrument décrivait des cercles indiquant que la forme de l'utérus était devenue sphérique. L'hystéromètre n'entrait pourtant qu'à une profondeur de 7 centimètres et demi, c'est-à-dire à un centimètre de plus qu'à l'état normal.

Je ne constatai pas la moindre irrégularité à la surface de la muqueuse, je le note ici parce que cette observation vient à l'appui de l'opinion de ceux de nos collègues qui pensent que l'hystéromètre est insuffisant pour que l'on puisse affirmer ou nier l'existence de fongosités intra-utérines : j'y reviendrai plus tard.

L'examen auquel je venais de me livrer me parut confirmer notre premier diagnostic, qui me semblait d'autant plus admissible que la malade, qui avait cessé d'avoir ses règles depuis longtemps, avait gardé les goûts des plaisirs de la jeunesse. C'est son mari qui nous l'apprit.

Nous prescrivîmes l'application de huit sangsues sur le col, des bains et des cataplasmes.

Pendant la semaine qui suivit cette émission sanguine, la ménorrhagie ne reparut plus. Examinant la malade au spéculum, nous constatâmes avec grande satisfaction que le col avait très notablement diminué de volume, et qu'il était d'une couleur normale.

La perte muco-purulente ayant sensiblement diminué, nous ne doutions plus que nous eussions affaire à une métrite.

Le traitement émollient fut continué et nous nous ajournâmes à une époque indéterminée.

Notre joie ne fut pas longue, bientôt le sang reparut et nous fûmes rappelé.

Quand nous pûmes examiner avec le spéculum, constatant que le col était toujours dans un état qui paraissait normal par le volume, par la couleur et par l'intégrité de l'orifice du museau de tanche, nous nous disions que si nous avions affaire à une affection de mauvaise nature, l'application des sangsues aurait dû provoquer l'extension du mal.

La persistance de la perte de sang laissait pourtant dans notre esprit une inquiétude assez grande.

A la visite suivante, qui eut lieu le 7 mai, je recherchai avec la curette l'existence des fongosités que l'on trouve en pareil cas. Porté en divers points de la cavité interne, l'instrument ne détermina de douleur que lorsqu'il vint à toucher à gauche vers le tiers inférieur de l'organe.

Persuadé qu'il devait y avoir là une surface fongueuse, j'opérai le curetage avec précaution, sans violence, pour bien me rendre compte des saillies et des inégalités de la surface que j'explorais.

Je dois dire que si je pratiquai le curetage, je m'y décidai à cause de la douleur éveillée par la curette et mû par la croyance qui m'était venue qu'il y avait autre chose qu'une métrite.

La sensation que me donna l'exploration attentive à laquelle je me livrai fut trop légère pour qu'à elle seule elle indiquât l'existence de fongosités.

Dans les cas où précédemment j'avais constaté des fongosités, ma curette avait en quelque sorte buté contre elles.

Je portai le bord tranchant de la curette sur le point où elle éveillait la douleur, et je parvins, sans user de force, à retirer une sorte de bouillie épaisse, dans laquelle on distinguait quelque chose de plus épais, ressemblant un peu à ce que l'on décrit dans l'endométrite fongueuse.

L'endométrite fongueuse serait-elle donc possible après la ménopause? Je manquais d'expérience à ce sujet. Le désir que j'avais de ne pas avoir affaire à une affection maligne, le résultat de notre application de sangsues qui avait été satisfaisant, nous firent incliner vers cette opinion.

L'effet du curetage fut de nature à nous confirmer dans cette idée. Les suites en furent bénignes, la douleur éveillée par cette petite opération cessa dans la journée; il n'y eut qu'un écoulement plus abondant d'un liquide légèrement teinté de sang. On pouvait même presser derrière l'arcade du pubis sans que cette pression fût aussi douloureuse qu'auparavant.

Quand nous revîmes la malade huit jours après, je recommençai le curetage avec la même facilité, et je ramenai au dehors, non plus seulement la bouillie de la première opération, mais de petits morceaux d'une substance qui ressemblait à des polypes muqueux analogues à ceux du nez.

Dans la crainte de ne pas avoir retiré tout ce que j'avais détaché, j'admi-

nistrai l'ergot de seigle qui, ayant produit des contractions utérines, contribua à l'expulsion de corps un peu plus volumineux que ceux qui avaient été retirés pendant l'opération.

Les suites de ce curetage ne présentèrent rien à noter. La malade eût pu croire qu'elle n'avait subi aucune opération, si elle n'avait pas ressenti les douleurs expulsives que le seigle ergoté avait produites.

Vulpian eut la bonté d'examiner au microscope un de ces corps qui ressemblaient à des polypes muqueux. Il ne se prononça pas nettement. « Cela ressemble, m'écrivait-il, à du *sarcome médullaire*. Cela pourrait bien être de mauvaise nature ». — C'était quelques jours avant sa mort.

Comme j'avais confiance en lui, je cherchai à dilater le corps utérin pour extirper plus facilement et plus complètement cette production qui lui avait inspiré de la méfiance. Pour cela j'eus recours à l'introduction de tiges de laminaire que je laissai en place pendant trois jours. Je retirai, en effet, une plus grande quantité de ces corps polypiformes que j'avais trouvés dans mes précédentes opérations.

Vulpian étant mort, je confiai un échantillon de cette substance à un des histologistes les plus justement renommés; le résultat de son examen fut des plus rassurants. Il n'y a, me dit-il, que des fibrilles du sang.

Lui ayant donné un nouvel échantillon, je reçus la même réponse.

Malgré la confiance que son savoir m'inspire, je priai M. Ranvier d'examiner attentivement un petit morceau de la substance en question. Cette fois la réponse fut catégorique : « C'est, me dit M. Ranvier, de l'*épithélioma tubulé* », et il me fit le dessin de ce que le microscope lui avait montré.

Nous avions donc enfin le diagnostic de ce cas étrange, dans lequel un épithélioma s'est développé sur la muqueuse du corps de l'utérus, sans envahir le col, non loin duquel, pourtant, il a pris naissance.

Le diagnostic n'étant plus douteux, le curetage ne me sembla plus avoir la même utilité. Je crus cependant devoir encore y recourir, mais dans des conditions plus favorables. Pour cela je pratiquai le tamponnement de l'utérus avec une grande quantité de ouate salycilée attachée en queue de cerf-volant.

Ce que je retirai cette fois n'avait plus la forme de polypes et ne laissait plus de doutes. C'était des morceaux informes, deux à trois cuillerées à soupe.

Ai-je tout enlevé? Je n'ose l'espérer et ce qu'il y aurait de plus radical et je crois de plus indiqué serait d'extirper l'utérus par la voie vaginale.

Mais pour cela il faudrait avoir la conviction que le mal ne s'est pas étendu aux ganglions lymphatiques et j'ai peur que la douleur accusée par la malade, et qui a son siège derrière la branche gauche du pubis ne soit l'indice de la propagation aux ganglions.

J'ai désiré communiquer ce fait à la Société, à cause de la difficulté du diagnostic d'un épithélioma qui s'est développé dans la cavité utérine sans que le col ait été envahi malgré les opérations que nous lui avons fait subir. Nous avons été autorisé d'abord à admettre une métrite, nous aurions pu plus tard penser que de petits polypes étaient la cause de la métrorrhagie. Le curetage plus complet et l'examen histologique ne nous permettent plus de douter de la nature maligne de la maladie.

OBSERVATION X

(*Centralb. f. Gynack.*, n° 7, 1887). — *Répert. Univ. d'obst. et de gynéc.*, 1887, p. 515.

Cancer de la muqueuse utérine.

M. Orthmann montre à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin un utérus avec muqueuse très épaissie, carcinomateuse, la couche musculaire aussi très épaissie.

Le col a été amputé autrefois, la cicatrice est saine.

Il s'agissait d'une femme de 46 ans.

Huit accouchements, un avortement en avril 1886, il y a donc 10 mois.

A la suite de métrorrhagie abondante, abrasion de la muqueuse et amputation du col ulcéré et hypertrophié.

Trois mois après rechute.

En janvier 1887, hystérectomie vaginale, pas de difficulté opératoire. La durée de l'opération a été de 25 minutes.

OBSERVATION XI

Cancer limité du col avec noyau cancéreux isolé dans le corps.

(Par Léopold Landau. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 30, p. 675, 29 juillet 1889.)

Femme de 62 ans, sans antécédents morbides ; 10 accouchements, trois fausses couches. Ménopause à 51 ans.

Depuis quelques mois, pertes sanguines indolores, peu considérables, deux fois par mois. Dans les derniers temps l'effort nécessaire aux garde-robes suffit pour provoquer un écoulement de sang.

Rien d'anormal à l'extérieur du col, qui est dur et se laisse facilement entr'ouvrir. L'intérieur du canal cervical est envahi par un cancer mou à structure alvéolaire. Ablation totale de l'utérus avec les pinces de Richelot. Guérison sans incidents.

Examen microscopique : le néoplasme avait rongé toute la paroi postérieure du conduit cervical, mais il cessait nettement à 1 centimètre au-dessus de l'orifice interne. La lèvre antérieure était indemne.

Au voisinage du fond de l'utérus, sur la paroi postérieure et en haut, nodosité grosse comme un pois à même structure alvéolaire. Le reste de la muqueuse du corps utérin était seulement enflammé chroniquement.

OBSERVATION XII

(Par M. Polaillon. *Union médicale*, mai 1889.)

Cancer de la trompe et du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Guérison. — Récidive au niveau du pédicule ; mort de cachexie cancéreuse.

La nommée D... (Eugénie), âgée de 46 ans, est entrée le 22 septembre 1888 à la Pitié, salle Gerdy, n° 24.

Elle ne signale aucune maladie antérieure. Réglée à 15 ans, elle a été mariée à 15 ans et demi et, à 16 ans et demi, elle accouchait à terme d'un enfant mort. Cinq mois après, elle fit une fausse couche. Depuis lors, aucune nouvelle grossesse.

D..., qui a exercé la profession d'artiste lyrique, est d'un caractère bizarre et d'un tempérament très nerveux.

Depuis un an et demi, ses règles sont devenues irrégulières. Quelquefois, elle avait des pertes abondantes avec des caillots. En mai 1887, elle entra à l'Hôtel-Dieu pour une rétention d'urine qui dura dix jours.

Il y a seulement trois mois que des douleurs commencèrent à se faire sentir dans le ventre et dans les reins. Légères au début, ces douleurs devinrent peu à peu très violentes et revenaient par accès. Ce sont surtout ces douleurs qui décidèrent la malade à entrer à l'hôpital de la Pitié où elle me fut adressée par un de mes anciens internes, M. Janet.

Je constate dans le petit bassin une tumeur volumineuse comme une tête de fœtus à terme et remontant à quatre travers de doigt environ au-dessus du pubis. Cette tumeur paraît fluctuante. Elle est douloureuse à la pression, surtout dans sa partie gauche. Elle est, en outre, le siège de douleurs spontanées, très violentes, qui reviennent par crises. Dans le cul-de-sac antérieur du vagin, je rencontre une tumeur dure, mobile, qui donne l'idée d'une partie fœtale. Le col de l'utérus est ramolli et douloureux. Enfin, à l'auscultation du ventre, j'entends des battements très rapides ressemblant à ceux du cœur fœtal. Mais ces battements étaient isochrones avec ceux de la patiente et leur rapidité s'expliquait par un état fébrile passager. Le lendemain, la fièvre étant tombée, ces battements n'existaient plus et un nouvel examen montra que certainement il n'y avait pas de grossesse.

La cavité utérine, mesurée à l'hystéromètre, n'avait pas augmenté de profondeur.

Mon diagnostic, malgré les points de doute en raison des douleurs extraordinaires dont se plaignait la patiente, penche pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. L'opération montra que la tumeur dépendait de l'utérus.

L'ovariotomie fut acceptée et pratiquée le 2 octobre 1888 dans le pavillon spécial de la Pitié.

La chloroformisation fut normale, sans vomissements. Incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'un liquide ascitique de couleur brunâtre, assez abondant. La

tumeur se montre entre les lèvres de l'incision. Sa surface est sillonnée par de nombreux vaisseaux. Il est difficile de l'attirer au dehors parceque sa base d'implantation est très large et que son tissu très friable se déchire sous la moindre traction. Deux broches de fer sont placées le plus bas possible au-dessous de la tumeur. Un cordon de caoutchouc serré entre ces deux broches ferme le pédicule et produit l'hématose. La tumeur est alors séparée avec un couteau à amputation.

Le péritoine est soigneusement lavé avec un courant d'eau distillée bouillie et additionnée de 1/100 d'acide phénique. L'incision abdominale est suturée avec 5 fils d'argent profonds et plusieurs crins de Florence. Le pédicule est laissé au dehors à la partie inférieure de l'incision. Pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent très simples et ne présentèrent d'autres complications que l'apparition d'une bronchite qui cède assez rapidement. Pendant la bronchite la température s'éleva à 38° 2 et retomba rapide au degré normal.

Les 8, 13 et 17 octobre le pansement fut renouvelé. Le pédicule mortifié s'était détaché dès le 13 octobre et le 19 la malade entra à la salle commune (S. Gerdy), complètement guérie de son opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur extraite présentait deux portions distinctes.

Une partie était formée par le corps de l'utérus et avait à peu près le volume d'une tête de fœtus. La surface présentait des bosselures d'un centimètre de diamètre et était sillonnée par de nombreux vaisseaux. Son tissu était friable et dans plusieurs points on rencontrait des déchirures faites pendant l'opération.

L'examen microscopique a montré que ce tissu était formé par des végétations épithéliales dissociant les fibres musculaires de l'utérus, et s'étendant au-dessous du revêtement péritonéal de cet organe. Il est probable que ces végétations épithéliales partaient de la muqueuse du corps de l'utérus, mais ce rapport n'a pu être nettement établi.

L'autre portion de la tumeur était formée par la trompe gauche considé-

rablement augmentée de volume. Son diamètre était de 2 à 3 centimètres et sa longueur de 10 centimètres environ. Sa surface était bosselée, sa consistance dure, sa couleur blanc rosé. Sur une coupe transversale, on remarquait l'orifice de la trompe au centre, et autour de cet orifice ses parois très hypertrophiées. L'hypertrophie était due à des cellules épithéliales qui infiltraient et dissociaient les fibres musculaires lisses du tissu propre de la trompe. Les franges étaient déformées, augmentées de volume et infiltrées de cellules épithéliales.

En somme, nous avions affaire à un cancer en champignon du fond de l'utérus et à un cancer de la trompe qui venait s'insérer sur la tumeur. L'autre trompe, la trompe droite, n'a pas été aperçue. L'ovaire gauche, c'est-à-dire l'ovaire du côté malade, n'a pas été retrouvé. Il paraît avoir été englobé dans la masse morbide.

L'examen microscopique me fit concevoir les plus vives craintes pour l'avenir de ma malade. Bien que la tumeur ait été enlevée aussi complètement que possible, en formant le pédicule très bas sur l'utérus lui-même, il était à craindre une récidive.

En effet, dans le courant de novembre, des douleurs très vives se firent sentir dans le bas-ventre. En examinant la cicatrice, je constatai une induration de la peau au niveau du point où le pédicule s'était détaché.

D..., fut bientôt obligée de garder continuellement le lit. Ses forces se perdirent rapidement. Elle maigrit d'une façon considérable.

L'induration de la cicatrice augmentait chaque jour; cependant les ganglions inguinaux restaient indemnes.

Enfin, le 16 décembre, D... succombait en pleine cachexie cancéreuse.

OBSERVATION XIII

(*Lyon médical*, 1892, novembre, p. 415.)

Cancer du corps de l'utérus.

M. Dor, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant du service de M. le professeur Poncet :

Un utérus atteint de cancer du corps enlevé la veille par la voie vaginale chez une malade de 44 ans.

Cette malade n'avait pas encore atteint la ménopause. Depuis un an elle souffrait de métrorrhagies très abondantes qui l'avaient profondément anémiée. Le premier diagnostic posé avait été métrite hémorrhagique de la ménopause, parce qu'en général le cancer du corps se développe après la cessation des règles; mais en introduisant le doigt dans l'utérus préalablement dilaté avec les sondes d'Hégar, on put sentir très nettement un cancer, et retirer par une curette de petits fragments qui ont été examinés au microscope.

OBSERVATION XIV

(Par M. Edebolhs, traduite in *American Journ. of obstetric*, 1892, p. 819.)

Cancer de l'utérus. — Myomes. — Hystérectomie vaginale, mort par paralysie intestinale.

La pièce comprend un utérus, les trompes et les ovaires qui furent enlevés par une hystérectomie laparo-vaginale. Les trompes et les ovaires sont normaux. L'utérus portait trois petits myomes sur ses parois et il y avait une petite végétation de la muqueuse du fond, envoyant des prolongements de un centimètre dans la cavité utérine. Ceux-ci, examinés au microscope, ont été regardés comme un adéno-carcinome.

La malade était une veuve de 40 ans, qui jamais n'avait été enceinte et qui se montrait pour la première fois à la consultation le 28 juillet 1891.

Elle disait avoir souffert d'une inflammation pelvienne pendant la dernière partie de son mariage, mais depuis elle avait été en bonne santé jusqu'à ces tout derniers temps. Ses règles cessèrent en février 1890.

L'examen fit penser à une affection probablement maligne, et on recommanda à la malade de revenir dès qu'une hémorrhagie se produirait. Cette hémorrhagie prédite arriva six mois après, vingt-deux mois après la ménopause.

Pour assurer le diagnostic, on enleva par la curette une portion de végé-

tations près du fond de l'utérus, et l'examen microscopique conclut à un carcinome.

Pendant les dernières semaines, la malade se plaignit de douleurs violentes, bien localisées dans le petit bassin.

L'opération fut rendue difficile par la grande distension de l'intestin et dura près de deux heures.

La constipation avait été considérable et rebelle pendant toute la vie de la malade et augmentait grandement les difficultés. La tympanite s'accrut énormément après l'opération, et 38 heures après la malade mourait de paralysie intestinale. Il n'y avait pas eu d'élévation de température, ni de vomissements : la malade se plaignait seulement de la distension de son intestin.

L'autopsie démontra l'absence entière de péritonite.

OBSERVATION XV

(C. Liebmann de Trieste. *Centralb. für gyn.*, nº 17, 1889.)

Myo-carcinome du fond de l'utérus. — Propagation aux ovaires et aux poumons.

Femme de 44 ans ayant eu deux enfants, est amenée à l'hôpital de Trieste. Depuis deux ans hémorrhagies répétées. Depuis quelques semaines le sang est remplacé par un écoulement jaunâtre extrêmement fétide. Douleurs vives dans les reins. Amaigrissement, cachexie. Dans le vagin on trouve une tumeur molle qui semble venir de l'utérus, celui-ci semble peu volumineux. Immédiatement on enlève sans narcose, sans aide, en partie avec la main, en partie avec la curette, la tumeur vaginale. Après quoi on constate que les parois du vagin, du col, et même la plupart de la muqueuse utérine ne sont pas atteintes par le néoplasme. La masse partait du fond de l'utérus où elle était comme pédiculée. Curetage soigneux à ce niveau. Injection intra-utérine. Quelques jours après le col est bien reformé et fermé, le doigt ne franchit plus le canal cervical. L'utérus semble normal il est peu volumineux et mobile.

L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par des fibres musculaires lisses et par des cellules épithéliales. La malade ne perd presque plus, ne souffre point, néanmoins elle est à peine remise au bout de deux mois. Exeat.

Quatre mois après la femme se présente de nouveau à l'hôpital.

Nouvelles douleurs, nouvelles hémorrhagies. Une masse blanchâtre fait saillie hors du col. Curage de l'utérus sous le chloroforme. Cette fois le néoplasme part du fond de l'utérus, de la paroi postérieure du corps et de la partie supérieure de la paroi postérieure du col. L'examen microscopique donne le même résultat que la première fois.

Après le deuxième curage l'utérus se montre encore mobile, peu volumineux. L'aspect général de la malade est si cachexique que l'on renonce à l'extirpation totale en songeant à la possibilité de carcinome des autres organes. Exeat.

La malade revient une troisième fois en décembre. Son aspect misérable est des plus accentués.

Le fond de l'utérus dépasse la symphyse pubienne de 2 centimètres. Le curage montre que le néoplasme a envahi tout l'utérus, sauf l'extrémité inférieure du col. Examen histologique identique aux autres. Aux troubles locaux se joint de temps à autre de la fièvre. Douleurs aiguës, crachements de sang. Curage en mars. Mort en juin.

Autopsie : Nodosités multiples aux deux poumons, de même nature que la tumeur utérine. Ganglions bronchiques et pleuraux normaux. Infiltration de la plupart des ganglions du bassin. L'utérus mesure 14 centimètres. Quelques portions de la lèvre antérieure du col sont saines. Tout le corps au contraire est envahi par des masses néoplasiques. Quelques saillies sous-péritonéales à la surface externe de la matrice. L'ovaire gauche est atteint, c'est à peine si on reconnaît le stroma. L'ovaire droit l'est presque complètement aussi. L'atteinte de ces organes est déjà trop avancée pour qu'on puisse se rendre compte de la genèse du mal. Là, comme dans tous les autres organes, on trouve la même quantité de faisceaux musculaires et d'épithélium.

Si on pouvait avoir eu un doute au premier curage, à savoir s'il s'agissait de la dégénérescence cancéreuse d'un myome utérin ou d'un *myo-carcinome*, dans le sens de Virchow, la constitution histologique et la récidivité de la tumeur ne laisseraient plus aucun doute.

OBSERVATION XVI

Hystérectomie vaginale pour adénome malin.

(W. Gardner. *Med. Newss*, 21 juillet 1888.)

Femme non mariée de 43 ans. Dupuis sept ans douleurs pelviennes, métrorrhagies, écoulement fétide. Anémie et cachexie.

Utérus uniformément augmenté : cinq ou six pouces de largeur. On décide l'hystérectomie.

Opération difficile en raison du volume de l'utérus et de la rigidité du périnée : après la ligature des ligaments larges et l'ouverture des culs-de-sac, morcellement et extraction de l'organe.

Mort de péritonite au bout de 48 heures. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un adénome malin.

OBSERVATION XVII (résumée.)

Carcinome de l'utérus combiné avec un fibrome intra-mural. — Douleurs périodiques.

(Communication faite à la Société d'obst. et de gyn. de Berlin, le 22 juin 1888 par M. Lohlein.)

Cette présentation vient d'une femme de 58 ans, multipare, qui, pendant 38 ans bien portante, souffrait depuis six mois de perte séro-purulente.

Ménopause depuis huit ans.

Le symptôme le plus pénible était des crises douloureuses, répétées, périodiques et quotidiennes.

Elles commençaient à 10 heures, atteignaient leur maximum à midi et se

terminaient vers 4 heures. Cette femme avait été soignée longtemps par un spécialiste et pour une affection intestinale alors qu'elle avait un cancer.

La concomitance de fibrome et de cancer est connue. Ici le myome est à droite, près du revêtement péritonéal, mobile et non dégénéré, gros comme une noix.

OBSERVATIONS XVIII ET XIX

(Communication à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Berlin, le 23 novembre 1888, par M. Keller.)

Adéno-carcinomes du corps de l'utérus.

Femme de 75 ans. Accouchement il y a 38 ans. Ménopause il y a 25 ans. Leucorrhée depuis le mois de février dernier. Hémorrhagies en mars. Utérus rétrofléchi, adhérent. Annexes saines. Curage explorateur en août. Extraction de masses grises, rougeâtres, qui, examinées au microscope permirent d'affirmer le diagnostic d'adéno-carcinome.

Le 6 septembre Winter fait l'extirpation totale. L'utérus est mis dans l'alcool, l'organe très mou s'y durcit. A la section les parois se montrent très minces et la cavité très grande. La paroi postérieure est un peu plus volumineuse, dans son épaisseur existe un myome de la grosseur d'une cerise.

L'axe de longueur de la cavité du corps est un peu plus grand que celui de la cavité du col.

A la paroi postérieure de l'organe faisant saillie dans la cavité, il y a une tumeur pourvue de villosités, s'étendant jusqu'au fond de l'utérus. La consistance en est molle. La nature maligne de cette dernière tumeur se voit déjà macroscopiquement, en ce qu'elle atteint le fond et à peine les autres parois dans leur épaisseur.

Microscopiquement : structure d'adénome. Il s'agit d'une tumeur maligne qui par développement s'est étendue dans la cavité utérine. C'est un adéno-carcinome ou un adénome malin.

(*Répert. univ. d'obst. et de gynécol.*, 1889, p. 163).

Femme de 42 ans, nullipare, qui souffrait depuis 9 semaines d'hémorrhagies. Le 15 mars, curetage.

Diagnostic au microscope : adéno-carcinome.

Extirpation totale. Durcissement dans l'alcool. Coupe médiane. La tumeur siégeait en avant et immédiatement au-dessous du fond de l'utérus. Son grand diamètre était 1,8. Saillie de la muqueuse à son niveau 2 millimètres environ. Consistance molle. Coloration gris foncé. Envahissement de la musculaire un demi centimètre de profondeur.

(*Id. Id.*, p. 277).

OBSERVATION XX

(Frank. Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin, 27 février 1890.)

Carcinome de la muqueuse du corps utérin. — Hystérectomie.

Femme de 60 ans, accouchée trois fois, la dernière fois en mai 1861. Ménopause à 53 ans.

Hémorrhagies depuis un an.

Le curage fait le 12 février 1890 montre qu'il s'agit d'un carcinome de la muqueuse du corps utérin.

Hystérectomie le 24 février. Opération facile. La coupe de la pièce montre que la prolifération a eu lieu jusque dans la corne gauche et que toute la surface de la cavité a été détruite.

OBSERVATION XXI

(Saurenhaus. Soc. de gynéc. de Berlin, 27 février 1890.)

Carcinome du corps de l'utérus et myomes.

Femme de 63 ans, nullipare, chez laquelle les règles avaient été très régulières mais abondantes, jusqu'en mai 1889. Il s'établit au mois d'octobre un écoulement sanieux intermenstruel.

Curage le 25 novembre sans succès.

Le 20 janvier 1890, le canal cervical laisse passer un doigt et l'on trouve dans le corps utérin, au-dessus de l'orifice interne, des rugosités qui se détachent facilement, et que l'examen microscopique montre comme étant de nature carcinomateuse.

Le 29 janvier, Olshausen fait la laparotomie pour l'ablation d'un myome sous-séreux du volume d'une tête d'enfant qui s'était développé au bord droit de l'utérus. L'hystérectomie vaginale devait se faire après.

On place un lien élastique autour du pédicule du myome; comme il se relâche on fait six ligatures à la soie. Ablation aussi de deux myomes de la grosseur de deux noisettes qui siègent sur la paroi antérieure de l'utérus. Ligature des annexes des deux côtés après leur décollement. Incision du péritoine. La vessie est repoussée en bas. Suture temporaire de l'abdomen.

Hystérectomie vaginale. La vessie est très adhérente au col, si bien qu'après l'ouverture du cul-de-sac postérieur et la ligature inférieure des annexes, on est obligé d'enlever l'utérus par l'abdomen. Suture profonde de la paroi abdominale à la soie, la superficielle au catgut.

Suites simples : guérison.

OBSERVATION XXII

(Par M. P. Petit. Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris, 15 février 1890.)

Epithélioma de l'utérus reconnu par l'examen microscopique.

M. L..., 61 ans, rentière, se présente à moi le 4 octobre dernier. Réglée depuis l'âge de 15 ans, facilement et sans douleurs. Mariée à vingt ans. Enceinte aussitôt, grossesse et accouchement normaux, suites bonnes.

Deuxième enfant dans les mêmes conditions après un intervalle de 20 ans, durant lequel la vie génitale aurait été excellente.

Un an après avortement au deuxième mois suivi d'un rétablissement complet.

Ménopause il y a dix ans.

Depuis une quinzaine de jours pertes légères intermittentes. Pas de douleurs.

Examen le 4 octobre : Utérus en position normale, parfaitement mobile, de 6 centimètres 1/2 de profondeur, indolore à la pression. Corps de l'organe parfaitement lisse. Rien de particulier dans sa forme, son volume, sa consistance qui répondent à l'âge de la malade.

Mais l'attention est de suite attirée sur la présence, au niveau de l'orifice interne, d'une végétation d'un rouge vif, qui a les dimensions et la forme d'un petit pois, dure, sessile, non ulcérée, l'orifice interne du col est assez largement ouvert et il n'y a pas trace, pour le moment, d'écoulement d'aucun genre. Curage le lendemain sur le corps et le col.

Ayant jugé à un premier examen qu'il s'agissait d'un épithéliome au début, nous avons prié le Dr Suchard de nous aider dans la délicate analyse des lésions. Voici ce que nous avons constaté :

1° *Coupe de la végétation excisée à l'orifice interne du col.* — Stroma en général fibreux, embryonnaire par places et surtout au pourtour des glandes. Celles-ci, assez nombreuses, sont presque toutes énormément dilatées. Leur épithélium disposé sur une couche ou sur deux et plusieurs couches, suivant les points envisagés, ou bien est nettement séparée du tissu conjonctif ambiant, d'ailleurs très vasculaire, ou bien semble en voie de se fusionner avec lui. En quelques rares endroits cette fusion est chose faite, toute trace de paroi glandulaire a disparu. Enfin détail beaucoup plus important, on voit nettement sur les confins de l'une de ces coupes l'épithélium d'un certain nombre de travées glandulaires, transformées en cellules métatypiques, parfois énormes.

2° *Coupes de la muqueuse du corps.* — Stroma conjonctif de cellules rondes ou ovalaires parcouru de faisceaux fibreux ondulés. L'une des coupes présente sur son bord profond des faisceaux musculaires lisses : le râclage a donc bien porté sur toute l'épaisseur de la muqueuse. Lumières de glandes en grand nombre. Elles sont tapissées d'un épithélium dont les éléments sont en général globuleux avec un noyau énorme et un gros nucléole quand ils sont libres et affectent par pression réciproque toutes les formes. Dispo-

sés sur deux ou plusieurs couches, ils sont le plus souvent détachés de la paroi glandulaire de façon à figurer sur une coupe transversale, une sorte de couronne libre de toute attache ; plus rarement ils remplissent le calibre des glandes et se présentent sous forme de boyaux pleins.

En présence de cet ensemble de lésions nous avons pensé pouvoir conclure à un épithéliome d'origine glandulaire au début mais déjà étendu en surface au col et au corps.

L'hystérectomie totale était la seule opération à conseiller : la malade s'y est refusée.

Sept semaines après cette intervention exploratrice le sang n'avait pas reparu et la malade ne souffrait pas. Depuis ce jour nous ne l'avons pas revue.

OBSERVATIONS XXIII ET XXIV

Deux cas de cancer du corps de l'utérus.

(F. KRUG. *Amer. journ., of obst.* 1891, p. 737.)

XXIII. — La première malade à 39 ans. Elle m'appela en janvier dernier disant qu'elle était en mauvaise santé depuis les trois derniers mois. Mariée à 17 ans, mère de deux enfants, elle avait eu une histoire menstruelle normale jusqu'à ces derniers temps où les règles devinrent plus longues et plus profuses. Elle avait aussi remarqué une perte légère dans les intervalles, un peu teintée de sang.

L'examen montra l'utérus très élargi, sa mobilité diminuée. Sa cavité mesurait 4 pouces et demi.

L'examen sous l'éther montra que la fixation partielle de l'utérus était due à une ancienne inflammation pelvienne, et que rien n'empêchait l'ablation de l'organe. On cureta la cavité et le microscope montra un carcinome de la muqueuse. Hystérectomie en janvier, guérison.

XXIV. — La deuxième malade avait 45 ans, elle était mère de cinq enfants vivants, et était soignée depuis un an pour des métrorrhagies profuses et rebelles. Deux fois on avait pratiqué le curetage, mais devant la

persistance des écoulements on se décida à faire le diagnostic à l'aide de l'examen microscopique. Celui-ci montra nettement les signes du carcinome. Hystérectomie en mars, pas de récidive depuis.

Je félicite beaucoup le médecin de la famille de son diagnostic précoce, car j'ai assez d'expérience pour savoir qu'un *general practitioner* (1), ne se décide pas d'habitude à envoyer ces cas à un chirurgien pour le traitement radical à une période aussi peu avancée.

OBSERVATION XXV

(Par M. le Dr Paul Petit. *Nouvelles arch. d'obst.*, 1891, p. 565.)

Hystérectomie vaginale pour début d'épithéliome endométritique.

Mme A..., 35, rue Linné, 46 ans, exerce la profession de couturière. Mère morte à 64 ans, à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire ; père mort à 57 ans d'obstruction intestinale et un frère à 58 ans, à la suite d'hémorrhagies par la bouche. Un autre frère de 54 ans et deux sœurs, l'une de 68 ans, l'autre de 60, sont vivants et bien portants.

Menstruée depuis l'âge de 15 ans, abondamment, sans douleurs et très régulièrement dès le début, la malade s'est mariée à 32 ans. Enceinte au bout de quatre mois, elle fait une fausse couche de deux mois. Quatre ans après grossesse à terme, accouchement normal suivi d'un complet rétablissement. A 25 ans varicelle, et, il y a deux ans, influenza. A part ces deux maladies, jusqu'au mois d'août dernier, la santé générale était bonne et il en était pareillement ainsi de l'état génital ; les règles revenaient régulièrement tous les mois, duraient de 5 à 6 jours, et en assez grande abondance, il est vrai (cinq serviettes dans les 24 heures). Jamais de douleurs, ni à l'occasion des règles, ni dans leur intervalle. Pas de pertes blanches.

Au mois d'août dernier, les règles durent 16 jours, puis la malade

---

(1) Terme que le mot français médecin ne traduit qu'imparfaitement, et auquel nous avons préféré laisser toute sa force. P. B.

demeure trois mois sans voir. Au mois d'octobre, nouvelle métrorrhagie de 12 jours. Durant les 6 mois qui suivent les règles reviennent à peu près comme d'habitude. Le 18 mai la malade consulte pour la première fois. Depuis l'année dernière la malade a, paraît il, considérablement maigri et d'une façon progressive, elle est actuellement très affaiblie.

Examen du 3 juin. — Femme aux joues creuses, aux chairs flasques, s'essoufflant au moindre effort ; suintement de sang, sans aucune odeur du reste, par l'orifice du col qui présente à son pourtour une surface d'un rouge sombre, nettement limitée aux dimensions d'une pièce de 2 francs environ, sèche, non ulcérée, absolument lisse et donnant au doigt une sensation spongieuse sans que l'ongle, qui le déprime avec facilité, puisse en détacher aucun débris apparent. Il y a évidemment là des modifications assez particulières que nous n'avons jamais rencontrées dans l'endométrite, et qui donnent l'idée d'un tissu érectile, ou du moins très vascularisé. Grâce à la souplesse de la paroi abdominale, le palper combiné donne des renseignements très nets : le corps de l'utérus est sensiblement augmenté de volume. Tout l'ensemble de l'organe jouit d'une parfaite mobilité et se laisse facilement abaisser ; pas traces d'induration, ni d'adhérences à son pourtour. Les annexes paraissent saines. Les fonctions du rectum et de la vessie sont normales. Pas de douleurs spontanées ni provoquées.

Par le curage explorateur nous retirons du corps de l'utérus des débris peu volumineux, en partie caséiformes, ayant une odeur infecte. Nous aurions voulu faire également un curage et une excision du col, mais la malade, très affaiblie, se plaignait beaucoup, et pensant que les fragments recueillis suffiraient à asseoir notre diagnostic nous fîmes suivre nos quelques coups de curette d'un badigeonnage intra-utérin au perchlorure de fer dans le but d'arrêter l'hémorrhagie qu'avait accentuée ce curage incomplet. Puis la malade fut renvoyée chez elle avec avis de se maintenir au lit et de faire trois fois par jour des injections vaginales chaudes au sublimé à 1/3000.

Le 6 juin, nous examinons, après préparation convenable les fragments enlevés qui nous offrent les détails suivants : au milieu d'un stroma en pro-

lifération très active, très riche en vaisseaux sanguins dilatés et en lacunes lymphatiques, infiltré çà et là de sang, on voit de nombreuses coupes de glandes plus ou moins élargies, dont le revêtement est profondément modifié : les cellules épithéliales, partout disposées sur plusieurs couches et de façon à ne ménager parfois qu'une étroite lumière centrale, sont franchement métatypiques, c'est-à-dire qu'elles s'éloignent nettement et par leur forme qui est des plus variées (globuleuse, polyédrique, fusiforme, etc.), et par leur volume, parfois énorme, l'absence de cils vibratils, de leur type normal. Un grand nombre sont en dégénérescence muqueuse. On ne retrouve plus autour de ces glandes modifiées le revêtement normal de cellules plates ; il est remplacé par des cellules conjonctives jeunes qui tantôt gardent une certaine disposition concentrique autour des amas épithéliaux, tantôt se trouvent fusionnées avec l'épithélium dont les cellules çà et là s'infiltrent dans leurs interstices. Enfin, à côté de ces tubes glandulaires à revêtement épais de cellules métatypiques existent des tubes épithéliaux pleins, plus rares il est vrai, formés de ces mêmes cellules, et se présentant aussi en long ou en travers.

L'ensemble de ces détails histologiques était assez convaincant pour nous permettre de conclure d'une façon ferme à un début d'épithéliome endométritique. Etant données cependant les discussions en cours à l'étranger, les hésitations manifestées par des maîtres en histologie dans des cas certainement moins bien dégagés, mais voisins du nôtre comme précocité, nous crûmes bon de soumettre notre diagnostic au contrôle de notre excellent ami M. Téloin, attaché au laboratoire de Necker. Son examen fut absolument confirmatif du nôtre. D'autre part, les renseignements fournis par l'examen clinique pouvaient n'avoir individuellement qu'une médiocre valeur, mais il n'en était pas de même si on les considérait dans leur ensemble : ces métrorrhagies, survenant aux approches de la ménopause chez une descendante d'arthritique et peut-être de néoplasiques, génitalement bien portante jusque-là, métrorrhagies qui ne se pouvaient rapporter à une tumeur à évolution tardive (fibrome utérin, kyste de l'ovaire), ou à une affection quelconque extragénitale, ne trouvant guère son explication

en dehors du cancer que dans un début de métrite bien moins probable à pareil âge; l'amaigrissement progressif de la malade qui avait à peu près débuté avec les métrorrhagies; les modifications toutes spéciales du col sur lesquelles nous avons insisté; l'aspect macroscopique et l'odeur des débris extraits par la curette du corps de l'organe; tous ces signes, dans leur groupement, ne faisaient que corroborer les résultats beaucoup plus précis, beaucoup plus sûrs, nous ne craignons pas de le dire, fournis par l'examen histologique. En conséquence nous nous crûmes autorisé à proposer à la malade l'intervention radicale et à insister pour qu'elle fût pratiquée dans le plus bref délai possible.

Nous y avons procédé dès le 9 juin, avec l'assistance de MM. Pichevin, Bonnet et Giraud. L'utérus s'abaissant bien, son extirpation a été rapide et facile et nous croyons inutile d'y insister. L'ovaire et la trompe du côté gauche se présentant dans la plaie, nous les avons également enlevés; nous avons laissé en place les annexes du côté droit. L'hémostase était parfaite et l'infection peu à craindre, nous avons refermé la plaie, sans faire de drainage, à l'aide de deux fils doubles placés, au cours de l'opération, sur les deux tranches vagino-péritonéales. La malade est actuellement aussi bien que possible et la guérison opératoire est assurée.

L'examen de la pièce et les préparations histologiques nous fournissent les renseignements suivants : L'utérus offre tout l'aspect de la métrite parenchymateuse chronique : le corps de l'organe est notablement hypertrophié ; la paroi musculaire d'apparence fibreuse, homogène d'ailleurs à la coupe, est de deux à trois fois plus épaisse qu'à l'état normal ; la muqueuse qui la recouvre est également épaissie, un peu ramollie à la surface, mais ne semble ni végétante, ni ulcérée. Il est vrai qu'il faut tenir grand compte du curage partiel et surtout du badigeonnage caustique que j'ai pratiqué dix jours après l'extirpation. Il est impossible à l'examen du museau de tanche de se rendre compte des particularités qu'il offrait pendant la vie et qui ont disparu avec la turgidité vasculaire ; actuellement, à la vue comme au toucher, il semble à peu près normal. La muqueuse cervicale, infiltrée de pigment sanguin, assez épaisse et parsemée de nom-

breux œufs de Naboth, est en contact avec une zone de tissu qui par sa couleur plus blanche et sa densité tranche sur le reste de la paroi.

OBSERVATION XXVI

(Par H.-C. Coe. Traduite in *Amer. J. of obst.*, 1890, p. 401.)

Adénome malin du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale ; guérison.

Miss F..., âgée de 49 ans, fut admise dans mon service le 10 décembre 1889. Elle avait cessé d'être réglée sept ans auparavant. Deux ans après elle commença à avoir des hémorrhagies irrégulières utérines mais sans aucune souffrance jusqu'à ces derniers mois. Les douleurs étaient intermittentes, paroxystiques et semblaient s'irradier vers la région iliaque droite.

En mars 1889 elle entre à Saint-Michaels' hospital où on curetta et cautérisa son utérus dans le but d'arrêter l'hémorrhagie. Le mieux ne fut que temporaire.

En septembre, elle entre au Woman's hospital et y reste six semaines. On fit le curetage total sous l'éther et on enleva une grande quantité de tissu friable qui ne fut pas examiné histologiquement, bien que l'on soupçonnât la nature maligne de l'affection.

Les douleurs et l'hémorrhagie cessèrent quelques semaines, puis la douleur revint : la patiente avait chaque jour une crise qui durait de une à quatre heures.

En ce moment elle n'a plus d'hémorrhagie mais un écoulement plus ou moins constant d'un liquide rosé et sans odeur. Je fus prié par le Dr Cleveland de m'occuper de ce cas difficile.

Les symptômes dénotaient une affection maligne, mais l'excellent état de la malade et l'absence de la plupart des symptômes cliniques du cancer rendaient le diagnostic douteux.

L'examen vaginal ne fournit aucune lumière, l'utérus était petit, mobile et insensible à la pression. On introduisit une petite curette jusqu'au fond et il se fit un écoulement facile de sang clair. J'enlevai une masse de tissu

du volume d'un pois et on examina soigneusement au microscope les coupes qui furent faites avec cet échantillon pour savoir si c'était une affection maligne.

Il y avait toutes les apparences qu'ont d'habitude les adénomes bénins, excepté sur une coupe qui contenait quelques groupes de larges cellules épithéliales ; en résumé la réponse était négative.

Malgré tout, je considérai le cas comme sérieux, et pratiquai l'hystérectomie vaginale, bien que n'étant pas sûr de son opportunité, le 18 décembre 1889.

L'opération fut difficile, car la malade était non seulement vierge avec un hymen intact mais avait le vagin atrophié et rétréci.

En ouvrant l'utérus, après l'opération, je ne fus pas peu satisfait de trouver sur la paroi postérieure et près du fond un espace circulaire, déprimé, de la dimension d'une pièce de 5 centimes avec un bord surélevé ; sa surface était couverte de petites végétations papillaires. Ce point avait certainement été plus proéminent et avait été enlevé par la curette.

Le reste de l'utérus offrait l'aspect d'un organe atrophié et nullipare.

Le spécimen fut soumis à l'examen de M. G. Freeborn, anatomo-pathologiste au « Cancer hospital » du rapport duquel j'extrais ce qui suit :

« L'utérus examiné paraît avoir une de ces formes d'*adénome papillaire* enfermé dans une ceinture de carcinome. La végétation nouvelle a été arrachée et tout autour le tissu utérin est infiltré d'une grande quantité de petites cellules rondes. C'est le second cas de cette espèce que je voie cette année. Le premier avait l'histoire clinique évidente du carcinome. Je fis le diagnostic d'adénome papillaire probable d'après des débris enlevés à la curette, et l'extirpation de l'utérus me permit de le confirmer. Je crois que l'examen soigneux des cas diagnostiqués comme carcinomes du corps de l'utérus donnera clairement un pourcentage important de cette forme d'anénome. A mon avis ces cas sont aussi malins que le carcinome et donnent une même histoire clinique. »

En tous cas, j'ai pensé que ce rapport aurait de l'intérêt en raison du caractère obscur des signes cliniques, et je me félicite d'avoir fait l'opération radicale à un moment où le néoplasme était encore limité.

OBSERVATION XXVII

(Par R. Pichevin. *Nouvelles arch. d'obst.*, 1892, p. 71.)

Épithélioma primitif du corps de l'utérus.

La malade est une femme de 58 ans. Son père est mort d'une maladie du foie à évolution lente et s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs.

Cette femme a été réglée à l'âge de 12 ans. La période menstruelle durait trois ou quatre jours et était marquée par quelques douleurs dans les reins.

Les règles abondantes apparaissaient tous les 23 ou 24 jours.

Elle se marie à 21 ans 1/2 et est bientôt enceinte.

Grossesse excellente. Accouchement facile, suites des couches normales. L'enfant est confié à une nourrice.

Onze mois après, nouvelle grossesse suivie d'un accouchement normal.

Peu après, cette femme est enceinte pour la troisième fois. Sans cause appréciable elle fait une fausse couche de 2 mois 1/2. Mais l'accident n'a aucune suite fâcheuse.

Vers 1887, L... souffre beaucoup des reins. La marche devient impossible. Il n'y a ni leucorrhée, ni métrorrhagie. La malade est soignée pour une tumeur sanguine (?) et reste au lit deux mois. Elle rend quelque chose en allant à la garde-robe et est complètement guérie. Il nous a été impossible d'avoir des renseignements plus précis.

Jamais il n'y a eu de leucorrhée abondante.

En 1882, cette femme a eu son retour d'âge. Elle avait 49 ans : il y a donc 9 ans de cela. La ménopause s'est établie sans incident. Les flueurs blanches, qui étaient rares et peu marquées, ont complètement disparu.

Cette femme, qui a toujours joui d'une excellente santé, sauf pendant deux mois en 1877, remarque, en septembre 1890, qu'elle a quelques pertes blanches.

L'écoulement en blanc augmente un peu et se teinte en rouge. Le 25

septembre il y a une hémorrhagie utérine modérée qui dure cinq jours. Le sang est clair et ne sent pas mauvais. La malade crut qu'il s'agissait d'un retour des règles.

Un mois après nouvel écoulement de sang de cinq jours peu abondant, sans odeur suspecte.

Elle ne souffre pas du bas-ventre, mais éprouve pendant quelques jours de fréquentes envies d'uriner.

Nouvel et semblable écoulement le 25 novembre.

Le 20 décembre l'écoulement recommence mais cette fois il se prolonge. La perte de sang est peu abondante, intermittente, mais dure avec quelques interruptions jusqu'au 15 mars 1891, époque où nous la voyons.

L'écoulement, dit-elle, ne sent pas mauvais, cependant il était un peu plus odorant que de coutume, mais il n'y avait jamais eu de perte vraiment fétide.

Cette femme ne souffre pas, quelques maux de reins seulement, peu marqués. Mais il existe de fréquentes envies d'uriner, surtout a lnuit.

L... est grosse, ayant conservé toutes les apparences de la santé. La face est colorée, l'appétit bon, les digestions régulières.

L'utérus, mobile, en antéflexion marquée, est un peu plus gros que normalement. Il n'offre aucune saillie, aucune inégalité sur sa surface interne.

Le col est assez volumineux comme celui d'une femme qui a eu plusieurs enfants. L'orifice externe est un peu entr'ouvert mais complètement normal.

L'hystérométrie révèle que le canal cervico-utérin est large et a 7 centimètres de longueur.

Nous avons pensé qu'il s'agissait d'un épithélioma du corps utérin.

L'absence de douleurs, l'apparition d'un écoulement sanguin insignifiant appelaient à peine l'attention sur l'état de cette femme. Mais tout écoulement de sang qui survient après la ménopause est suspect. La métrite est exceptionnelle après cette date, les fibromes aussi : on est en droit de penser au cancer.

De plus, le père de cette femme est mort probablement d'une affection cancéreuse du foie.

Il faut ajouter que notre diagnostic, basé sur des impressions plutôt que sur des certitudes, devint plus probable quand nous eûmes constaté l'odeur de l'écoulement utérin. Il ne sentait pas précisément mauvais et son odeur était plutôt fade et en somme peu marquée, ne rappelant que de très loin celle des pertes cancéreuses.

Pour porter un diagnostic certain, nous pratiquâmes le curage explorateur, et l'échantillon prélevé sur la muqueuse avait les caractères les plus nets de l'épithélioma.

L'hésitation n'était plus permise. M. le professeur Le Dentu pratiqua l'hystérectomie vaginale.

L'utérus enlevé est un beau spécimen d'épithélioma primitif du corps de l'utérus. Des végétations très apparentes font saillie dans la cavité corporéale. Les lésions ne dépassent pas l'orifice interne. Le trajet cervical tout entier semble absolument indemne.

Les suites de l'opération ont été d'une remarquable simplicité. Pas de fièvre, guérison opératoire complète.

L'avenir nous réserve peut-être une cruelle désillusion. Nous avions relevé des troubles de la miction. Il est bien certain qu'un utérus un peu gros et antéfléchi peut les produire mais nous avons trouvé, après l'ablation de l'organe, des petits noyaux cancéreux sur sa face antérieure. L'infiltration épithéliomateuse est-elle restée limitée à la matrice ou a-t-elle envahi les parties voisines? C'est une question que nous posons sans pouvoir la résoudre.

OBSERVATION XXVIII

(Dr Wylie. Traduite in *Amer Journ. of obst.*, 1886, p. 69.)

Un cas d'adénome malin de l'utérus. — Hystérectomie supra-vaginale.

Femme de 44 ans, mariée, ayant eu un enfant 19 ans auparavant.

Depuis 1876 cette femme a eu des irrégularités dans la menstruation, puis des hémorrhagies profuses. A diverses reprises des masses gélatineuses ont été expulsées spontanément de l'utérus. Le râclage a été pratiqué plu-

sieurs fois, et les masses examinées au microscope furent regardées par MM. Heitzmann et Riggs comme de nature bénigne ; par M. Billings comme un épithélioma.

Après trois mois d'observation, les hémorrhagies se répétant et le volume de l'utérus augmentant toujours, on se décide à opérer. L'utérus étant mobile et le col non affecté, on enleva par la voie abdominale la totalité du corps de l'utérus, les ovaires et les trompes. Convalescence normale.

L'utérus est uniformément hypertrophié. La face antérieure présente une saillie du volume d'un œuf, les ovaires sont volumineux et kystiques.

L'examen microscopique fait par le Dr Coë aboutit au résultat suivant : par sa structure histologique le tissu de la tumeur ne peut être considéré que comme un adénome limité à la muqueuse, et cependant l'histoire clinique indique une affection maligne. C'est un de ces cas dans lesquels le chirurgien, par une observation patiente, arrive plus sûrement au diagnostic que l'histologie avec son microscope. Si on voulait chercher la place de cette tumeur on la trouverait entre l'endométrite fongueuse et l'épithélioma.

OBSERVATION XXIX

(Observation lue à la Société d'anatomie de Paris, le 10 octobre 1890, par M. Charrier interne de M. Pozzi.)

Epithélioma du corps de l'utérus.

J..., Elisabeth ; mère morte à 52 ans, à la ménopause, d'hémorrhagies utérines, probablement d'un cancer de l'utérus.

Antécédents personnels nuls ; ni maladies antérieures, ni fausses couches ; réglée à 14 ans et demi et toujours bien depuis. Jamais de pertes blanches. Jamais de métrorrhagies jusqu'en juin 1889. Elle eut sa première hémorrhagie à cette époque et n'a jamais cessé depuis d'être dans le sang, c'est à dire que depuis 14 mois elle a des pertes continuelles, d'où amaigrissement, faiblesse extrême, presque cachexie. Il y a 4 mois, phlébite.

Depuis, douleurs constantes dans les membres inférieurs surtout dans la

jambe droite. La malade accuse également de la pesanteur dans le bas-ventre, mais pas d'autres troubles de compression, pas d'œdème bilatéral.

Notre maître examine la malade vers le 1er septembre constate d'abord un état cachectique et un amaigrissement énorme et très rapide ainsi que l'indique la flaccidité de la peau.

Il constate en outre de la sciatique droite avec atrophie des masses musculaires dans le membre du même côté. A la vue, le ventre est également flasque, à la palpation on sent une tumeur assez volumineuse, comme le poing, siégeant dans le petit bassin.

La malade perd toujours, mais beaucoup moins grâce au repos et aux injections chaudes. Aucune odeur, et, d'après l'interrogatoire, elle n'avait jamais eu de pertes fétides.

Au toucher M. Pozzi constate :

Que le col est en arrière, légèrement entr'ouvert mais nullement altéré dans sa consistance, et permet l'introduction de la pulpe de l'index ; en forçant, il semble que l'on arrive sur des fongosités siégeant dans la cavité du corps.

Le corps est volumineux, doux, lisse, gros comme un poing d'adulte et mobile. Il s'élève à égale distance du pubis et de l'ombilic. Les culs-de-sac latéraux sont libres et sains quoique un peu tendus. Les annexes paraissent saines. Le cathétérisme n'est pas pratiqué ce jour là, l'examen ayant déterminé une hémorrhagie assez abondante.

M. Pozzi porte le diagnostic d'*épithélioma du corps*. Pour vérifier son diagnostic il désire pénétrer dans ce corps et, sur ses indications, nous introduisons le lundi soir deux grosses laminaires retirées le mardi matin après injections au sublimé. M. Pozzi examine de nouveau la malade, pénètre très facilement dans le corps qui est rempli de fongosités dont il ramène des débris avec les doigts. Ces débris à l'œil nu ne font que confirmer le diagnostic.

L'opération est pratiquée le 17 septembre et dure 50 minutes. Disons, avant d'en faire le récit, que la malade, depuis plusieurs jours, présentait des ascensions vespérales de température qui furent considérées par notre chef comme de pressantes indications d'opérer.

Rien de particulier à signaler pendant l'opération si ce n'est une extrême difficulté d'abaisser l'utérus. Après avoir dégagé de chaque côté l'utérus par deux ligatures, M. Pozzi fut obligé de lier par échelons le ligament large gauche dans toute sa hauteur; il arriva ainsi sur la trompe et l'extirpa après avoir lié en dehors ce que l'on nomme ligament infundibulo-pelvien.

C'est alors seulement que la masse utérine se déclancha et fit bascule, permettant de lier le ligament large droit et l'extirpation de la trompe et de l'ovaire comme pour le côté gauche.

Le néoplasme est bien circonscrit dans la cavité du corps, l'épaisseur des parois utérines suffit à faire comprendre pourquoi ce sont ces formes de cancer primitif du corps qui donnent la survie la plus longue. Les parois de l'utérus servent de barrière et limitent la marche de l'épithélioma. A l'œil nu le col est absolument sain.

OBSERVATION XXX

Carcinome primitif du corps utérin.

(Par Kruckenberg, *Berlin. Klinisch. Wochens.*, 4 avril 1887.) Thèse de Valat.

Femme de 48 ans, vierge, pas de menstruation de 28 à 45 ans. Depuis cette époque on constate chaque jour de légères hémorrhagies, et des douleurs revenant à certaines heures. Extirpation totale de l'utérus par la méthode de Czerny, le 6 mars 1885. Les ovaires sont laissés dans l'abdomen, guérison sans fièvre.

En novembre 1885 on constate dans l'abdomen une tumeur grosse comme une orange contiguë à la cicatrice vaginale. En avril 1886, elle remonte jusqu'à l'ombilic; il s'agit sans doute d'un kyste de l'ovaire.

OBSERVATION XXXI

(Par M. Richelot. *Union médicale*, 11 décembre 1887.)

Hystérectomie vaginale pour cancer du corps utérin.

Mme B... a 68 ans ; elle a, depuis deux ans, des douleurs vagues dans le ventre et dans les reins, des pertes sanguines peu abondantes et rares ; mais surtout un écoulement roussâtre qui a été fétide à plusieurs reprises ; elle est néanmoins d'une bonne santé et paraît plus jeune que son âge.

M. le Dr Danlos, médecin des hôpitaux, a posé le diagnostic : épithélioma du corps de l'utérus et m'adresse la malade le 12 septembre 1887.

Le col est absolument normal. Dans le cul-de-sac postérieur, je trouve une tuméfaction dure, arrondie, grosse comme une petite pomme et faisant corps avec l'utérus.

L'organe est très mobile dans l'excavation, le col se déplace dans tous les sens, la tumeur rétro-utérine le suit dans tous ses mouvements et paraît libre de toute adhérence.

Le toucher n'éveille aucune douleur, la paroi vaginale est saine, le rectum et la vessie fonctionnent parfaitement.

Après cet examen, l'épithélioma du corps ne paraît pas suffisamment démontré ; la tuméfaction rétro-utérine pourrait être un fibrome de la paroi postérieure. Il est indiqué d'explorer la cavité utérine après la dilatation du col.

Mais avant qu'on ait commencé ce traitement préparatoire, Mme B... contracte une pneumonie dont elle ne fut entièrement rétablie que dans les premiers jours d'octobre.

La dilatation est faite à partir du 5 octobre avec des tiges de laminaire iodoformées.

Après introduction de la plus fine se montre un suintement roussâtre abondant ; à la seconde, la cavité utérine semble irrégulière, rugueuse et saigne facilement ; après la troisième, l'écoulement sanieux d'odeur infecte ne laisse plus aucun doute sur l'existence d'un épithélioma intra-utérin.

Non seulement l'extirpation radicale était seule valable en présence d'un cancer du corps, mais celle-ci, on en conviendra, se présentait sous les meilleurs auspices.

L'état général était bien conservé, l'état local démontrait à n'en pas douter, la limitation du mal et l'intégrité des parties voisines, puisque ni le col ni les culs-de-sac du vagin n'offraient la moindre altération, puisque l'utérus était très mobile, puisque les organes voisins n'étaient le siège d'aucun trouble qui pût faire penser à des envahissements.

L'opération est faite le 21 octobre. Les premiers temps paraissent donner raison au diagnostic. L'utérus descend très bien, jamais je n'ai vu le museau de tanche venir si facilement à la vulve, et la première incision est faite pour ainsi dire à l'extérieur.

Alors je commence le décollement de la vessie; mais mon doigt, au lieu de plonger dans un tissu cellulaire peu dense, éprouve d'abord quelque résistance, puis soulève sans grand effort, non pas un feuillet mince, comme le péritoine, mais une membrane épaisse doublant un tissu friable, comme on décolle le périoste altéré d'un os en voie de ramollissement tuberculeux.

Je comprends que le péritoine est envahi sur la face antérieure de l'utérus. En même temps, mon doigt pénètre dans la paroi de l'organe tout entière infiltrée et fait un trou d'où s'échappe une bouillie fétide, ce qui me décide à ne pas ouvrir dès maintenant le cul-de-sac antérieur du péritoine, pour éviter l'inoculation septique.

J'incise en arrière du col, et ici de nouvelles difficultés se présentent : impossibilité d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal qui semble fuir devant mon doigt, mais peu à peu je dénude la paroi postérieure de l'utérus infiltrée comme l'antérieure et mon doigt repousse en arrière une couche de tissus indurés qui paraissent oblitérer la cavité de Douglas. Arrivé près du fond de l'organe, je m'arrête pour ne pas ouvrir immédiatement le péritoine. J'ai alors un utérus entièrement décortiqué sur ses deux faces et de chaque côté un ligament large entièrement dédoublé.

Fin de l'observation résumée : Ablation par fragments du tissu ramolli de

l'utérus, curetage du tissu friable situé au-devant du rectum et abandon d'une nappe de tissu cancéreux qui remplit le cul-de-sac de Douglas et va se perdre sous le péritoine. La malade se remit de l'opération après trois semaines, mais avait une récidive, ou plutôt une continuation sur place.

Conclusion : Toujours la même. Soupçonner le cancer au moindre signe rationnel, y croire avant qu'il ne soit démontré, ne pas le laisser marcher pour le reconnaître à sa marche, ne pas le faire marcher plus vite en le cautérisant.

OBSERVATION XXXII

(Par M. Manoin. *Marseille médical*, 1890, p. 475.)

Cancer de l'utérus. — Propagation à l'ovaire. — Kyste secondaire à marche rapide.

Mme G... se présente le 13 février 1889 à mon dispensaire dans un état de cachexie assez prononcé.

Agée de 50 ans, elle a eu 7 enfants et 3 fausses couches.

Depuis l'âge de 48 ans 1/2, époque à laquelle ses règles se sont arrêtées, elle a souffert continuellement du bas-ventre et en même temps apparaissaient des pertes blanches qui devinrent bientôt jaunâtres et fétides. Enfin, dans les derniers mois il y a eu de véritables hémorrhagies.

L'appétit a disparu depuis quelques mois, la malade a maigri beaucoup et est d'une faiblesse extrême.

A l'examen, on constate un épithélioma ayant envahi tout le corps de l'utérus et détruit en partie le col ; la paroi vésicale était légèrement prise ; les culs-de-sac latéraux étaient un peu empâtés ; la trompe gauche semblait augmentée de volume, les ovaires paraissaient normaux.

Devant de pareilles lésions on ne pouvait songer à une intervention radicale : tout au plus pourrait-on penser à faire le curetage de l'utérus et enlever les fongosités, point de départ des pertes fétides, cause de l'affaiblissement si rapide de la malade qui réclamait une intervention.

Le curetage fut fait le 20 février ; on enleva environ plein un *caquetus* de

fongosités qui, examinées au microscope, montrèrent que l'on avait affaire à un épithélioma cylindrique du corps de l'utérus.

Cette forme de cancer a en général une marche plus lente que le carcinome; mais elle tend plus que cette dernière à la généralisation par contiguité ainsi que l'a constaté Cornil.

La curette ramena des fongosités du fond même de l'utérus, de la corne gauche.

Les suites immédiates furent parfaites; au bout de six jours la malade se leva, les pertes fétides et les hémorrhagies disparurent, l'appétit revint.

Vers le milieu de mars, nous revîmes la malade ayant repris de l'embonpoint, ne souffrant plus et se croyant absolument guérie.

Tout alla bien jusqu'en août; à ce moment, la malade accusa des pertes liquides, noirâtres, très abondantes et venant par flots, qui parurent régulièrement depuis, tous les six à sept jours.

A l'examen, nous trouvâmes la trompe gauche très volumineuse; le volume variait tous les jours; il n'y avait donc pas de doute à avoir.

Vers la fin du mois d'août, nous constatâmes l'apparition d'une tumeur dans la région ovarienne faisant corps avec la précédente, mais séparée cependant par un sillon bien net; elle était à ce moment de la grosseur d'une mandarine.

Grosse comme les deux poings en septembre, elle remplissait tout le ventre en octobre. Elle avait la fluctuation caractéristique du kyste de l'ovaire. La malade, à ce moment, recommença à maigrir et déclina rapidement.

Le 4 novembre, pour soulager la malade, nous fîmes une ponction, et pour ce faire il fallut déchirer la paroi de plusieurs loges intérieures avec l'extrémité de la canule du trocart. Il n'y avait pas d'ascite.

Le 20 novembre, nouvelle ponction.

Le 6 décembre, la malade mourut pour ainsi dire de faim, l'estomac étant comprimé par la tumeur et ne pouvant garder aucun aliment.

2° Observations de type douloureux non hémorrhagique.

OBSERVATION XXXIII

(Hanot et Gibert. Maladies du foie. Paris, 1888, p. 221.) Thèse de Valat.

Cancer primitif du corps de l'utérus. — Cancer secondaire des ganglions mésentériques, du péritoine, des ovaires, de l'intestin, de la vésicule biliaire et du foie. — Histologiquement : épithéliome cylindrique.

Rose E..., 48 ans, passementière, entre le 29 mai 1884, salle Rayer, se plaignant de ressentir depuis deux mois et demi de violentes douleurs dans le bas-ventre. Aucune maladie antérieure; assez nerveuse. Elle a eu trois enfants à terme, un est mort.

Les douleurs qu'elle ressent siègent à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite avec irradiations vers le flanc droit et la région épigastrique. Elles sont spontanées, continues avec exacerbations et augmentées par la pression. Cette femme est très grasse et la palpation de l'abdomen est fort difficile. Cependant, on sent dans le bas-ventre, à droite, comme une masse résistante; cette sensation paraît vraisemblablement due à la contracture des muscles de la paroi qui sont sentis à travers une épaisse couche de graisse.

Au toucher on trouve l'utérus mobile, il semble en rétroversion, le col ne paraît pas altéré.

La malade ne perd pas de sang.

Les urines ne renferme ni sucre ni albumine. Tous les autres appareils fonctionnent normalement et l'état général paraît assez satisfaisant.

Après avoir essayé des révulsifs variés sans parvenir à atténuer les douleurs, on en arrive à se contenter de les calmer momentanément, soit par le chloral ou l'opium, soit plus tard par des injections quotidiennes de morphine. Avec le temps, loin de voir survenir une amélioration quelconque dans l'état de la malade, on peut remarquer une altération progressive de

sa santé. Elle perd ses forces, n'a plus d'appétit, maigrit et est prise parfois de diarrhée. Les douleurs sont de plus en plus vives.

10 août : On pratique le toucher et voici ce qu'on trouve : L'utérus n'est plus mobile, le col est gros, dur, entr'ouvert, mais non déformé ; il n'y a rien dans le cul-de-sac antérieur, mais le toucher du cul-de-sac postérieur est douloureux, et l'on a la sensation d'une masse dure, ligneuse, irrégulière, adhérente au fond du vagin et faisant corps avec l'utérus.

Le 17 août, éruption papulo-érythémateuse siégeant à la face dorsale des mains et au pourtour des genoux. Cette éruption disparaît rapidement.

Le 25, on trouve l'utérus très abaissé, immobile, repoussé en avant contre le pubis. Le cul-de-sac postérieur est aplati ; repoussé par une masse dure qui semble se confondre avec l'utérus. On sent en outre deux nodosités dans l'épaisseur de la paroi vaginale en ce point.

27 septembre : L'affaiblissement s'accentue de jour en jour. Les douleurs persistent : quatre injections de morphine par jour. Au toucher on trouve l'utérus abaissé complètement immobile. Dans les culs-de-sac postérieurs et latéraux masse dure, ligneuse. Les petites nodosités du cul-de-sac postérieur ont notablement augmenté de volume.

La malade perd un peu d'humeur par le vagin ; en outre, quoique n'ayant pas d'hémorrhoïdes, elle rend un peu de sang avec ses matières.

4 octobre : La cachexie s'accentue ; œdème des extrémités ; ascite ; parotidite à droite le dernier jour. La malade meurt le 15 novembre.

Autopsie le 17 novembre (1). — Dans le petit bassin il n'y a pas de fausses membranes, seulement le péritoine est recouvert de plaques blanchâtres de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, lesquelles se trouvent aussi au niveau de la face postérieure de la paroi hypogastrique.

L'utérus présente le volume du poing. Sa surface est mamelonnée et de consistance inégale. Il est adhérent à la vessie qui paraît faire partie d'une même tumeur avec les ligaments larges sur les côtés. Pas d'adhérences avec le rectum qui n'est pas altéré.

---

(1) Nous ne rapportons que les lésions ayant trait aux organes pelviens.

De chaque côté les ovaires présentent deux petits kystes du volume d'une pomme d'api, à parois minces, en partie transparents, remplis d'un liquide citrin. Le reste des ovaires est converti en une masse cancéreuse et se continue avec le tissu de même nature qui infiltre les ligaments larges.

Sur une coupe médiane de l'utérus on trouve sa cavité à peine plus grande que normalement et au fond, deux bourgeons sessiles non ulcérés. Les parois du corps ont de 4 à 5 centimètres d'épaisseur. Elles sont formées d'un tissu blanchâtre, blanc-grisâtre ou blanc rosé, de consistance très inégale, ramolli par places. Le col peu altéré n'est pas déformé ni ulcéré, mais il est ramolli par la putréfaction.

La vessie qui adhère à la paroi antérieure du col est complètement envahie par le cancer. Ses parois sont épaissies de près de 2 centimètres, sa cavité est anfractueuse, tomenteuse, sanieuse, renfermant un peu d'urine assez peu altérée.

Les ligaments larges sont formés d'un tissu qui à la coupe présente le même aspect que celui de l'utérus. Les parois du vagin ne sont envahies qu'au pourtour du col mais non ulcérées.

Examen histologique. — Utérus : des coupes ont été pratiquées sur un des bourgeons cancéreux sessiles, proéminant dans la cavité du corps de l'utérus et sur les parois de l'utérus même en un point inégal et ramolli avoisinant les bourgeons cancéreux.

Le stroma, assez épais, est composé de cellules rondes et de cellules fusiformes, plongées dans une substance fondamentale à peine teintée en gris violet par l'éosine hématoxylique. Les cellules cancéreuses offrent très nettement dans certaines cavités la disposition de l'épithélioma cylindrique. Dans d'autres cavités elles sont disposées sans aucune régularité. Leur noyau, un peu granuleux, est arrondi ou ovalaire et présente 8 à 10 μ de diamètre; leur protoplasma, légèrement granuleux, souvent peu abondant, se colore en jaune clair par le picro-carmin.

Au voisinage du bourgeon cancéreux, la muqueuse utérine est inaltérée, ainsi que les glandes en tube qu'elle contient. De même au niveau du bourgeon cancéreux, la couche musculaire ainsi que les vaisseaux qu'elle renferme est absolument normale.

Les coupes qui ont été faites au voisinage des bourgeons cancéreux montrent l'envahissement de la couche musculaire, qui déchiquetée, creusée de cavités irrégulières, renferme des éléments cancéreux identiques, dans leur disposition et leurs caractères individuels, à ceux que présente le bourgeon cancéreux lui-même.

OBSERVATION XXXIV (résumée).

(Par M. Rigal. *Bull. Soc. anat.*, t X, 1865, p. 264. — Obs. XXIV de la thèse de Pichot.)

Cancer de l'utérus faisant saillie dans la cavité utérine.

Joséphine C..., 50 ans, maigre, grande, nerveuse. Père mort d'une hydropisie; mère a succombé à la rupture d'un anévrysme.

Réglée à 18 ans. Fausse couche à 20 ans. Quelques années après fièvre typhoïde.

En juillet 1865, la malade ressentit pour la première fois des douleurs vives dans le bas-ventre. La persistance de ces douleurs, leur acuité qui devint très grande et s'augmentait par la pression, l'apparition d'un écoulement leucorrhéique abondant, firent songer à une maladie utérine.

Le toucher, très douloureux, révéla une légère augmentation de volume du corps de l'utérus, qui était en même temps moins mobile et très-douloureux. Le col parut sain. L'examen au spéculum ne put être pratiqué à cause des douleurs qu'il provoquait. Certains jours on observait un peu de fièvre; malgré la vivacité des douleurs, la fièvre était nulle cependant le plus souvent. Celles-ci étaient déchirantes, la malade se tordait dans son lit ; elles variaient beaucoup d'intensité d'une heure à l'autre, et s'accompagnaient toujours d'un écoulement leucorrhéique abondant.

Les 10 et 26 août, deux crises douloureuses.

Pendant les six semaines suivantes, jusqu'au 14 octobre, Joséphine C... fut tourmentée à plusieurs reprises par les mêmes accidents survenant tous les cinq ou six jours sous forme d'accès d'une durée de deux à quatre jours.

Pendant les derniers accès, l'écoulement vaginal était sanguinolent, *mais*

jamais il ne survint la moindre hémorrhagie. L'écoulement était formé par un liquide muco-purulent assez épais, non fétide, strié quelquefois de sang; il devenait très abondant pendant les accès douloureux; dans l'intervalle, il était très peu marqué.

L'état général s'était altéré peu à peu depuis le début de la maladie : les fonctions digestives étaient devenues languissantes; la malade avait maigri d'une manière notable. Le teint était devenu très pâle, mais il n'offrait pas la coloration jaune paille de la cachexie cancéreuse.

14 octobre : La malade mourut du choléra en 24 heures.

Autopsie : Des adhérences nombreuses, quelques unes récentes, la plupart anciennes, unissaient les anses inférieures de l'intestin grêle et surtout le bord inférieur du grand épiploon, au fond de l'utérus et à plusieurs points des ligaments larges et du petit bassin. Dans plusieurs endroits, au niveau des adhérences, le péritoine est rouge, vascularisé; en aucun point, on ne constate du pus ou des fausses membranes.

L'utérus est augmenté de volume et rendu peu mobile par des adhérences. Il mesure enlevé 10 centimètres dans le sens vertical, sur 7 dans le sens transversal. Le col est sain, la muqueuse vaginale est pâle, comme macérée.

On pratique, sur la partie antérieure et médiane de l'utérus, une section qui montre l'intérieur de la cavité utérine. On constate alors, sur la paroi postérieure, une tumeur piriforme, implantée en haut par sa grosse extrémité. Son volume est un peu supérieur à celui d'un œuf de pigeon; sa surface est ramollie et se détache par le grattage, sous forme de putrilage. A la coupe, cette tumeur se présente sous l'aspect de la matière cérébrale. Sa consistance augmente à mesure qu'on se rapproche du point d'implantation, où elle se continue sans ligne de démarcation avec le tissu utérin. A l'œil nu, cette tumeur paraît plus vasculaire.

Les ovaires étaient unis au corps de l'utérus par quelques adhérences celluleuses et rejetés un peu en arrière du bord utérin. L'ovaire gauche présentait un kyste séreux uniloculaire, de la grosseur d'une mandarine.

Dans aucun autre organe on n'a trouvé de production cancéreuse. Les ganglions lombaires étaient un peu volumineux, quelques-uns atteignaient

le volume d'une noisette; mais leur tissu était mou, et ne présentait pas les signes de la dégénérescence cancéreuse.

Examen microscopique. — La coupe a porté sur la tumeur intra-utérine.

Cette tumeur est constituée à sa superficie par de grosses cellules en raquette, ou irrégulièrement polygonales, contenant un ou plusieurs noyaux très gros : quelques-uns de ces noyaux sont libres. A la partie centrale ces cellules sont mêlées d'un certain nombre de fibres-cellules dont le nombre augmente à mesure qu'on se rapproche du point d'implantation de la tumeur; à ce niveau les grosses cellules à noyaux multiples deviennent très rares et disparaissent enfin complètement. La tumeur s'est développée seulement dans l'épaisseur à la surface interne de la muqueuse utérine.

OBSERVATION XXXV

(Par Gebhard, Soc. de gynéc. de Berlin, 14 février 1890.)

Cancer utérin. — Nécropsie.

Utérus pourvu de ses ovaires est enlevé après la mort.

Il s'agit d'une femme accouchée neuf fois, chez laquelle la ménopause avait eu lieu à 53 ans.

Au mois de novembre dernier, la malade, jusque-là bien portante, eut des douleurs violentes dans le ventre et dans les reins en même temps qu'il s'écoulait de la sérosité à peine rosée par le vagin.

L'examen fait à la clinique le 20 juin 1890 montra qu'il s'agissait d'un carcinome inopérable et que l'état de septicémie était très avancé. Pendant le séjour à la clinique, la température oscilla entre 38 et 39 degrés.

L'écoulement était peu abondant, purulent, légèrement odorant. Les douleurs peu accentuées.

Le 23 janvier, mort par cachexie.

Nécropsie. — Dégénérescence carcinomateuse de toute la musculature utérine. A la coupe on voit macroscopiquement sur toute la paroi utérine,

au milieu de quelques faisceaux musculaires gris-rouge, de nombreux noyaux carcinomateux.

Le point de départ du carcinome n'est plus reconnaissable. La cavité utérine est agrandie et contient du pus.

L'ovaire droit est gros comme un œuf de pigeon, le gauche comme un œuf de poule. A la coupe, ils présentent le même aspect que la coupe utérine.

Le péritoine est recouvert de nodules carcinomateux. Les lymphatiques sont atteints au niveau de la veine cave; on constate des ganglions et des vaisseaux lymphatiques augmentés de volume jusqu'à la dernière vertèbre dorsale.

Il est curieux de voir que même les ganglions inguinaux sont carcinomateux, alors que le carcinome a épargné l'extrémité inférieure du vagin.

OBSERVATION XXXVI

(Par Weise, interne des hôpitaux. Obs. XXXVIII th. de Pichot. Résumée.)

Cancer de l'utérus ayant atteint le col consécutivement.

B... (Clémence), âgée de 50 ans, est entrée le 8 mars dernier dans notre service. Réglée à 15 ans, elle s'était mariée, mais n'avait jamais eu d'enfants.

Ménopause à 45 ans. Ce n'est que deux ans après, en 1873, qu'elle fut prise subitement de pertes blanches accompagnées de vives douleurs dans le ventre. Ces douleurs étaient analogues à celles qui précèdent l'arrivée des règles. Néanmoins, *la malade n'eut à aucun moment de métrorrhagie véritable*. Indépendamment de ces symptômes, elle ne présenta du côté des autres organes que des troubles peu importants.

Cet état persista pendant trois ans, en s'aggravant très lentement, ce que l'on pourrait peut-être rapporter à l'absence d'hémorrhagie.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme présentait l'état suivant : elle est considérablement amaigrie et a perdu beaucoup de ses forces

surtout dans les derniers temps. Son facies a une teinte jaune paille assez caractéristique. Ses fonctions digestives sont languissantes; les douleurs qu'elle a éprouvées dans le ventre ont à peu près disparu. Les pertes blanches sont actuellement insignifiantes et n'ont aucune odeur.

Au toucher vaginal : tumeur dure, bosselée, faisant une saillie considérable dans le vagin, et arrivant jusqu'à la vulve. Cette tumeur est si volumineuse, qu'il est impossible d'explorer complètement les culs-de-sac du vagin et de dire si le col utérin existe ou non. Introduction du speculum impossible : la tumeur est très consistante et donne la sensation d'un enchondrome.

La palpation bimanuelle ne permet de sentir ni dans les fosses iliaques ni dans la région hypogastrique de tumeur bien appréciable.

En pratiquant le toucher rectal, on peut s'assurer que la tumeur sentie par le vagin occupe presque tout le petit bassin, et qu'elle remonte au delà des limites que le doigt peut atteindre. Cette portion, sans être fluctuante, paraît moins dure que celle que nous venons de signaler.

Ultérieurement la malade succomba, la tumeur ayant amené par compression les phénomènes d'obstruction intestinale. Elle mourut le 5 mai 1876.

Examen microscopique : Carcinome proprement dit de l'utérus en voie de régression graisseuse.

La dégénérescence du tissu morbide était surtout marquée au niveau du corps de l'utérus, où l'on ne retrouvait plus aucun élément cancéreux proprement dit, et où on constatait l'existence de nombreux corpuscules graisseux. Au niveau du col utérin, l'altération était moins avancée; et en certains points, on trouvait le tissu cancéreux dans toute son intégrité.

Le cancer avait donc débuté par le corps de l'utérus pour gagner le col par propagation.

OBSERVATION XXXVII

(Par Godson. *Obst. transact. London*, vol. XX, 1878.) Th. de Valat.

Cancer épithélial de l'utérus n'affectant pas le col, limité à la muqueuse de la cavité.

Il s'agit d'une malade de 52 ans ayant toutes les apparences de la meilleure santé, et qui vint se faire soigner à Saint Bartholomew's Hospital en décembre 1876.

Elle se plaignait surtout d'une douleur interne de la région utérine, survenant régulièrement à 10 heures du matin et durant 2, 3, 4 heures.

La gravité de la douleur la forçait à comprimer ses parois abdominales et à s'asseoir sur son lit ; ses cris faisaient pitié. De fortes doses de quinine, de chloral réussirent à amener quelques soulagements et la douleur fut seulement supportable quand la malade fut entièrement sous l'influence de la morphine, administrée en injections hypodermiques.

Le toucher donnait un utérus normal. Le col paraissait tout à fait sain. La sonde passait dans l'étendue de deux pouces et demi dans l'utérus bien mobile, et s'accompagnait d'un très léger écoulement de sang clair. Il y avait parfois des pertes blanches dans l'intervalle des règles. La malade quitte l'hopital et meurt chez elle six mois après. Les conditions étaient restées les mêmes, excepté pendant la dernière quinzaine de sa vie où un écoulement léger, fétide, aqueux, eut lieu.

Autopsie. — Rien d'anormal si ce n'est l'épaississement, l'induration de la muqueuse. Le microscope démontra nettement qu'il s'agissait d'un cancer de nature épithéliale.

OBSERVATION XXXVIII

(*American journ. of obstetric*, 1881, p. 119.)

Epithélioma de la cavité de l'utérus.

Le docteur J.-C. Skene rapporte le cas suivant :

Une multipare de 38 ans souffrait d'une névralgie grave et était en traitement depuis deux ans. Il y a six mois, elle se soumit pour la première fois à son observation, lorsque déjà les douleurs étaient fortes; à l'examen, son utérus fut trouvé élargi et la muqueuse très épaissie.

Il enleva à sa première visite ce qu'il supposait être des excroissances fongueuses et fit un diagnostic en conséquence. L'amélioration apportée fut modérée, mais les symptômes revinrent bientôt et il répéta l'opération, enlevant une quantité inusitée de fongosités; de nouveau la malade fut soulagée.

Les symptômes revinrent, et alors elle était si faible et ses souffrances étaient si violentes, qu'elle était incapable de vaquer à ses occupations. Lorsqu'il visita la malade, il trouva son utérus plus large qu'il n'était auparavant, et après la dilatation du col, il employa une large cuillère mousse, préférant cet instrument à la curette, et enleva une grande quantité de tissu dont l'examen microscopique démontra la nature épithéliale. Si le rapport du micrographe était correct (et son habileté était reconnue), c'était le troisième cas de cette espèce qu'il avait vu.

La malade dont l'histoire vient d'être rapportée n'avait pas de cellulite, l'utérus était parfaitement mobile comme l'étaient tous les organes et tous les tissus du bassin, et cependant elle éprouvait des douleurs extrêmes, beaucoup plus marquées qu'on n'en observe habituellement dans les cancers de l'utérus, sauf dans les dernières périodes.

Dans ce cas il n'y avait pas d'odeur fétide, contrairement aux autres cas observés.

CONCLUSIONS

Nous réunirons simplement ici les conclusions principales auxquelles nous sommes arrivé, après discussion, dans le cours de ce travail.

I. L'épithélioma primitif du corps de l'utérus est une affection plus fréquente que les auteurs ne l'ont cru jusqu'à présent; sur 100 cas de cancer utérin, le néoplasme débute plus de 26 fois par le corps de l'organe.

II. Il n'est pas juste de le nommer le cancer des vieilles, car il se montre surtout vers la ménopause et on le rencontre assez souvent avant cette période de la vie génitale de la femme.

III. Les antécédents héréditaires occupent une place importante dans son étiologie, la constitution arthritique offre un terrain propice à son développement.

IV. Toutes les causes de congestion, de desquamation suivie de rénovation de la muqueuse utérine, la prédisposent à une infection possible, mais la grossesse est certainement la plus importante de ces causes.

V. Le cancer du corps se montre en effet, dans la majorité des cas, non, comme on l'a dit, chez des nullipares, mais chez des multipares; et cela, parce qu'il naît sur la surface d'implantation qu'occupait le placenta.

VI. Il existe, non pas un seul, mais deux types cliniques de l'affection : un, classique, dans lequel les hémorrhagies tien-

nent la première place alors que les douleurs n'arrivent qu'en dernier lieu ; l'autre dans lequel la douleur est précoce, tandis que l'hémorrhagie ne se montre jamais.

VII. Si la marche de l'épithélioma du corps est plus lente que celle de l'épithélioma du col de l'organe, il faut très probablement en faire remonter la raison au mode de circulation lymphatique de ce segment de l'utérus.

VIII. Le microscope peut seul donner un diagnostic vraiment précoce entre la métrite et le cancer. Et lorsque les antécédents d'une femme atteinte d'hémorrhagies utérines contiennent quelques-uns des points signalés au premier chapitre, il faut se hâter, sans attendre les effets d'un traitement, de pratiquer un curetage profond, suivi de l'examen minutieux des débris enlevés.

IX. L'hystérectomie est le seul des traitements applicables à un cancer utérin encore limité ; quand la moindre propagation existe, on ne doit plus avoir recours qu'au traitement palliatif, et en particulier au curetage.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr P. COYNE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 juin 1893,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abel. — Carcinome circonscrit du col avec nodule cancéreux au fond de l'organe, *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1889.

» Congrès allemand de gynécologie tenu à Bonn en 1891.

Albertin. — *Province médicale*, 1889.

Adriet. — Du curetage de l'utérus. Thèse de Paris, 1885.

Barraud. — Thèse de Paris, 1889.

Bernard. — *Lyon médical*, août 1887.

Bernutz. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1888.

Bétrix. — Sur la dilatation de l'utérus. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885.

Biondi. — Sulla cura del carcinoma dell'utero. *Gaz. de osp.*, Napoli, 1890, vol. XI.

Bisch. — Du cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Lyon, 1891.

Bœkel. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, juin 1884.

Boldt. — *American journal of obstetric*, 1892, vol. II.

Bouilly. — Manuel de pathologie externe, t. IV.

» Cancer de l'utérus, son diagnostic précoce. *Semaine médicale*, novembre 1886.

Braithwaite. — Seize cas d'hystérectomie pour cancer. *British medical journal*, février 1892.

Caron. — Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

Charrier. — Bulletin de la Soc. d'anat. de Paris, octobre 1890.

Chotin. — Cancer de l'utérus. Anatomie pathologique. Thèse de Lille, 1881.

Clément. — Thèse de Strasbourg, 1868.

Coe. — *New-York obstetrical Society*, november 1888.

» *American journal of obstetric*, 1889 et 1890.

» Tumeur maligne de l'endométrite. *New York medical record*, 1890.

Coignet. — *Lyon médical,* mai 1892.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et du cancer de l'utérus. Paris, 1889.

» Bulletin de la Société d'anatomie, octobre 1889.

Courty. — Traité des maladies de l'utérus, 1880.

Coutzarida (M^lle). — De l'hydrorrhée dans le cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

Coyne. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, février 1892.

» Traité élémentaire d'anatomie pathologique, 1893.

Cuellar. — Thèse de Paris, 1891.

Cusing. — Hystérectomie vaginale pour cancer du corps. *Amer. J. of obstetric,* avril 1892.

Demarquay. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1876.

Demons. — De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. *Revue de chirurgie*, 10 août, 1884.

Delbet (P.). — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus, VIII, 1891.

Desmoulins. — Thèse de Paris, 1887.

Despréaux. — Du curetage de l'utérus. Indications et technique, thèse de Paris, 1887.

Deunetières. — Cancer primitif du corps de l'utérus, généralisation aux viscères abdominaux. *Journ. des sciences méd. de Lille,* avril 1890.

Doche (J.). — Thèse de Paris, 1884.

Doléris. — *Nouv. archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1887.

Dolz. — El diagnostico precoz del cancer uterino. *Archives de gynécologie de Barcelone*, V, 1892.

Duncan.— Cancer du corps de l'utérus. *British medical journal,* octobre 1890.

Durand. — Thèse de Paris, 1889.

Dupuy. — Sur la perforation des parois utérines par l'hystéromètre. Thèse de Paris, 1874.

Edebolhs. — *American journal of obstetric,* 1892.

Edis. — *The British medical journal,* mars 1886.

Ehrendorfer. — *Arch. für gynäk.*, XLII.

Enrendorfer. — Dégénérescence cancéreuse primitive d'un fibrome utérin. *Centralb., für gynäk.*, juillet 1892.

Emmet. — La pratique des maladies des femmes, 1887.

Engelmann. — *Annales de gynécologie*, 1882, t. II.

Flaischlen. — Société obstétricale et gyn. de Berlin, 1886.

Fraipont. — Du traitement palliatif du cancer utérin par le râclage. *Archives de Tocologie*, 1886.

» De l'adénome de la muqueuse du corps utérin. *Annales de gynécologie*, 1889.

Francke. — *Münch. med. Wochensch.*, 1888.

Frank. — Société gynécologique de Berlin, février 1890.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1883.

Gardner. — *Med. news*, juillet 1888.

Gauthier. — Des accidents du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1893.

Gautier. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1884.

Gebhardt. — *Centralb für Gynak.*, 1892.

» Société de gynécologie de Berlin, février 1890.

Godson. — *Obstetrical transactions*. London, XX, 1878.

Gomet. — Thèse de Paris, 1886.

Grellety. — Utérus et maladies cutanées. *Gaz. de gyn.*, juin 1888.

Guérin. — *Nouvelles archives d'obstétrique*, 1887.

Gusserow. — *Centralb. für gynäk.*, 1892.

» *Die Neubildung der uterus*, 1885.

Hart et Barbour. — Manuel de gynécologie. Edimbourg, 1886.

Hégat et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire, 1887.

Hofmeier. — Diagnostic du cancer du corps de l'utérus. Congrès de Bonn, 1891.

Hofmeier. — Manuel de gynécologie opératoire, 1887.

Houzel. — Traitement chirurgical du cancer utérin inopérable. Congrès de Bruxelles, septembre 1892.

Hunter. — Dégénérescence maligne d'un fibrome utérin. *American Journal of obstetric*, janvier 1889.

Isch-Wall. — Arthritisme et cancer. Thèse de Paris, 1891.

Jacobs (J.). — *Archives de tocologie*, 1890.

» *Journal de médecine de Bruxelles*, Mémoires, 1889.

Jackson. — Choix d'une méthode dans le traitement du cancer utérin. *Medical news*, 1890.

Janvrin. — *American J. of obstetric*, janvier 1891

Jenks. — Ressemblance of some forms of benign diseases to malignant. *Amer. J. of obst.*, octobre 1890.

Kœberlé. — *Nouvelles arch. d'obst. et de gynék.*, 1886.

Kaltenbach. — *Berliner Klin. Wochensch.*, mai 1889.

Keller. — Soc. obst. de Berlin, novembre 1888.

Klotz. — *Centralblatt fur gynak.*, août 1891.

Klumpke (M^lle). — Bulletin de la société anatomique de Paris, 1887.

Krug. — *American J. of obstetric.*, 1891.

Krukemberg. — *Berlin. Klin. Wochens.*, avril 1887.

Landau. — *Centralblatt fur gynak.*, 1889, n° 37.

» *Berliner Klinic. Wochenschrift*, juillet 1889.

Lawson Tait. — Traité des maladies des femmes.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses.

Léopold. — Société obstétricale de Dresde, 1885 et 1886.

» Congrès de Bonn, 1891.

Lewers. — *London obstetrical Society*, mai 1888.

Lohlein. — Société obstétricale de Berlin, juin 1888.

Lucas-Championnière (J.). — Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine. *Archives de Tocologie*, 1875.

Madec (de). — Traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie. Thèse de Paris, 1886.

Mangin. — *Marseille médical*, 1890.

Martin. — Traité clinique des maladies des femmes, 1889.

» Diagnostic du cancer par l'anatomie microscopique. *Centralb. fur gynak.*, 1889.

» *American journal of obstetric*, octobre 1887.

MEINERT. — *Centralb. fur gynak.*, août 1891.

MÉLICK. — Du curetage de l'utérus. Thèse de Paris, 1887.

MORGAN. — Cancer utérin traité par la térébenthine de Chio. *British méd. journal*, juin 1888.

NEPVEU. — *Bulletin de l'Académie des sciences*, 1888.

OLSHAUSEN. — *Semaine médicale*, 1892, p. 245.

» *Berliner Klin. Wochens.*, juillet 1889.

ORTHMANN. — *Centralblatt fur gynak.*, 1887.

PETIT (P.). — Bull. de la Soc. obstétricale et gynécol. de Paris, février 1890.

» Répert. universel d'obstétrique et de gyn., 1891.

PICHEVIN. — *Médecine moderne*, 1891.

» *Nouvelles archives d'Obstétrique et de gyn.*, 1892.

PICHOT. — Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. Thèse de Paris, 1876.

PORTER. — *New-York medical journal*, II, 1892.

POLAILLON. — *Union médicale*, mai 1889.

POIRIER. — *Progrès médical*, 1889.

PONCET. — *Lyon médical*, novembre 1892.

POST (M^lle^ Sarah). — *Amer. J. of med. sciences*, octobre 1886.

POZZI (S.). — Traité de gynécologie, 1891.

POZZI (A.). — Traitement du cancer de l'utérus en dehors de la grossesse. Thèse de Paris, 1886.

QUÉNU. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, I.

RAPPIN. — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes. Thèse de Paris, 1887.

REUHEL. — *Zeitsch. fur. geb. und. gyn.*, XV, 1889.

RICHELOT. — *Union médicale*, novembre 1887.

ROUFFARD. — *Journal de méd. de Bruxelles*, 1889.

ROUTIER. — *Ann. de la Société de chirurgie*, 1891, et Bulletin méd., 1888.

RUGE et VEIT. — Mémoire sur le cancer du corps de l'utérus, 1882.

RUGE. — *Zeitsch. fur geb. und gynak.*, V, 1881.

SANDERSON. — *British méd. Journal*, I, 1888.

SAURENHAUS. — Société gynécologique de Berlin, février 1890.

SEGOND. — Bull. de la Société de chirurgie, 1891.

SHATTOCK. — *British med. journal,* 1887.

SHEURLEN. — Société de méd. de Berlin, 1887.

SHILL. — Société de méd. de Berlin, 1887.

SCHULTZ. — *Semaine médicale,* 1892.

SCHRAMM. — *British medical Journal,* 1892.

SCHRŒDER. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

SENGER. — *Berliner Klin. Wochens.,* 1888.

SECHEYRON. — Traité de l'hystérectomie et de l'hystérotomie, 1888.

SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique, 1874.

SINÉTY (de). — Traité pratique de gynécologie, 1884.

SKENE. — *American journal of obstetric,* 1881.

TERRIER. — Résultats de l'hystérectomie pour cancer. *Revue de chirurgie,* 1888.

TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale, 1889.

» Bulletin de thérapeutique méd. et chir., 1885.

THOMPSON. — *Amer. j. of obst.,* juin 1888.

TORNU. — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Thèse de Bordeaux, 1893.

UTER. — *Centralb. fur gynak.,* 1891, n° 34.

USPENSKI. — *Zeit. fur geburt. and gynak.,* 1889.

VALAT. — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1888.

VEIT. — *Centralb. fur gynak.,* 1886.

VEPER. — De la dilatation artificielle de l'utérus. Thèse de Paris, 1887.

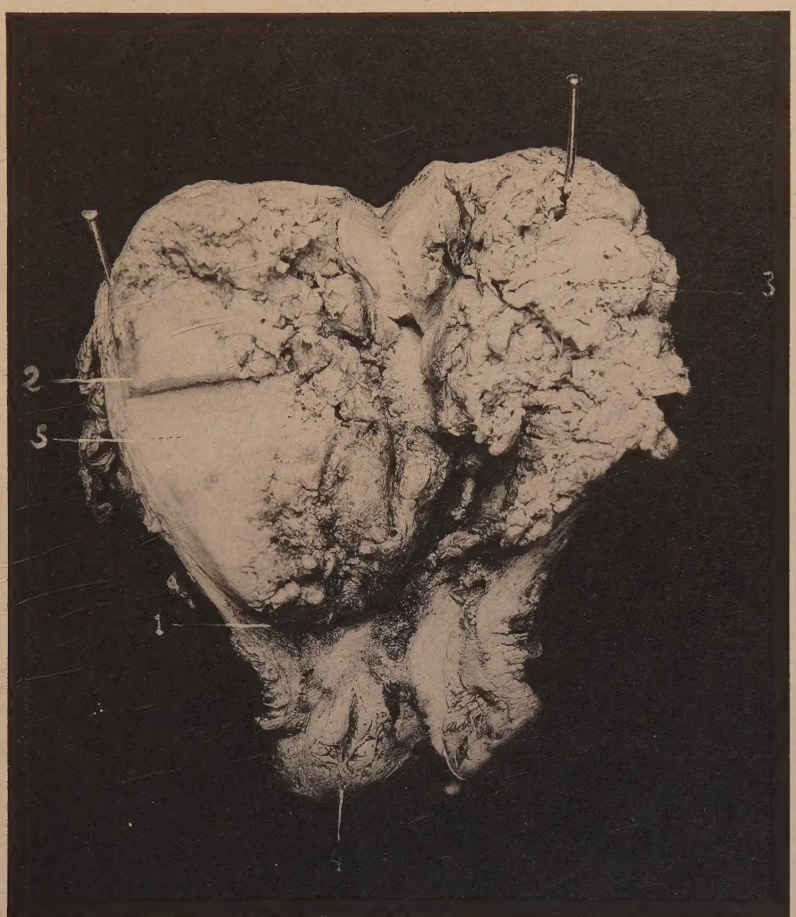
VULLIET. — Dilatation de l'utérus. Bull. de l'Acad. de méd., avril 1885.

WILLIAMS. — The cancer of the uterus. London, 1888.

» *British medical journal,* avril 1892.

WEISS. — Quelques considérations sur le cancer du corps de l'utérus. *Revue médicale de l'Est,* décembre 1892.

17,347. — Bordeaux, V^e Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.



Phototypie PANAJOU Frères.